Google

This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at http://books.google.com/

A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse http://books.google.com

No. .....

BOSTON

MEDICAL LIBRARY,

19 BOYLSTON PLACE.

REVUE HEBDOMADAIRE

DE

LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

EVUE HEBDOMADAIRE

DE

GOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

PARAISSANT LE SAMEDI MATIN

FONDÉE ET PUBLIÉE

r le Docteur E. J. MOURE

Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie, à la Faculté de Médecine de Bordeaux.

Officier d'Académie.

TOME XXI

VOLUME II

PARIS

DOIN, ÉDITEUR

8 L'ODÉON

ADMINISTRATION à BORDEAUX

IMPRIMERIE G. GOUNOUILHOU

RUE DE CHEVERUS, 8

MDCCCCI

BOSTON MEDICAL LIBRARY
MAR 15 1902

CATALOGUED
MAR 15 1902
E. H. B.

6206 9144

22e ANNÉE. N° 27. 6 JUILLET 1901.

BOSTON MEDICAL LIBRARY MAR 5 DE 1902

REVUE HEBDOMADAIRE

DE

LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

LARYNGITE STRIDULEUSE PROLONGÉE

EN PARTICULIER DANS LA GRIPPE[1]

Par le Dr **Aimar RAOULT**, de Nancy, ancien interne des hôpitaux de Paris.

La prolongation des accidents du faux croup semble être devenue assez fréquente dans la grippe, et il nous paraît que cette dernière maladie présente de plus en plus souvent cette complication chez l'enfant. L'ensemble des symptômes simule le croup d'une façon étonnante, et les livres classiques ne mentionnant que d'une façon incidente cette forme de laryngite striduleuse, de nombreux médecins ont été trompés dans leur diagnostic. Il est certain qu'on a confondu avec cette affection des croups frustes, à début rapide. Je suis même persuadé que, dans un cas que j'ai observé il y a six ans, je me suis trouvé en présence d'une laryngite prolongée, et, pressé par les craintes du médecin de la famille, j'ai fait une injection de sérum antidiphtérique. Or, comme nous connaissons maintenant les dangers possibles de ces injections, il ne nous faut les faire que lorsque le diagnostic de diphtérie est absolument certain.

Dans deux autres cas, vus en 1893 et 1894, j'ai été appelé assez loin de Nancy, et j'ai dû, dès mon arrivée, faire la

1. Travail communiqué à la Société française de laryngologie, mai 1901.

trachéotomie de suite, les deux petits malades présentant des signes d'asphyxie. Dans ces deux cas, il m'a été impossible de savoir si j'avais affaire à un croup vrai ou à un faux croup. Néanmoins, dans ces cas, la voix n'était pas absolument éteinte, et la toux gardait encore une certaine sonorité.

Comme l'a indiqué précédemment dans une très intéressante étude, notre collègue M. Bar [2], de Nice, le début de cette laryngite, au lieu d'être brusque comme celui du faux croup ordinaire, se fait lentement, progressivement, comme je l'ai observé deux fois. De plus, la durée des accidents dyspnéiques est parfois fort longue, ainsi que je l'ai observé dans un de nos cas, où ils durèrent dix jours. Cette marche lente, progressive, cette longue durée sont autant de causes d'erreur. Le médecin se trouve en présence non plus d'un faux croup, mais d'un *simili-croup*. C'est par l'inspection de la gorge, et surtout l'examen du larynx seulement, que le diagnostic certain pourra être fait.

Observation I. — L'enfant F..., âgé de quatre ans et demi, est amené par sa mère dans mon cabinet le 1er janvier 1901. Cet enfant, qui habite le pays annexé, est malade depuis huit jours. Il était souffrant de la grippe avec coryza, toux légère depuis quelque temps, lorsqu'il fut pris d'enrouement, puis de dyspnée; ces phénomènes augmentèrent progressivement dans l'espace de vingt-quatre heures pour atteindre les caractères que je notai à l'examen de l'enfant. Le médecin, très perplexe au sujet du diagnostic, fit, il y a deux jours, une injection de sérum antidiphtérique qui ne donna aucune amélioration; l'asphyxie n'existant pas, il ne se résolut pas non plus à pratiquer la trachéotomie.

Lorsque je vis l'enfant, le 1er janvier, il était très fatigué par le voyage en chemin de fer. La respiration était très pénible; on voyait que le petit malade faisait de très grands efforts pour faire pénétrer de l'air dans sa poitrine. Cette inspiration était bruyante, pas sifflante à proprement parler; l'expiration était moins sonore, plutôt soufflée. Il existait un tirage modéré, sus-sternal et sous-sternal. La voix, en grande partie éteinte, garde cependant encore

2. Bar, de Nice. *De la laryngite œdémateuse chez les enfants* (Soc. franç. de laryngol., 1896).

un peu de timbre ; la toux est voilée et ne revient pas par quintes, sauf quand on excite l'enfant. Les lèvres sont un peu violacées.

En présence de ces symptômes, l'examen laryngoscopique pouvait seul me faire faire le diagnostic entre la diphtérie et la laryngite simple. J'eus beaucoup de peine à pratiquer cet examen ; l'enfant était difficile, se débattait. Je dus prendre la langue au moyen d'une pince, en dépit des mouvements de l'enfant que l'on tenait solidement, je pus apercevoir très rapidement le larynx. L'épiglotte, ainsi que le vestibule et les cordes, étaient très rouge ; l'épiglotte n'était pas tuméfiée, mais la muqueuse des bandes ventriculaires, ainsi que celle des cordes, était épaissie ; les cordes formaient un relief notable, et s'écartaient à peine dans l'inspiration, et il me sembla apercevoir au-dessous d'elles une saillie de la muqueuse sous-glottique. Tout cet examen fut pratiqué très rapidement, en raison des mouvements du petit malade, chez lequel la dyspnée augmenta, pendant un instant, à la suite de cette inspection.

En effet, de temps en temps, l'enfant était pris d'un accès de dyspnée avec tirage. Je le fis entrer à la clinique Sainte-Marie pour le garder en observation ; tout en étant certain de l'absence de la diphtérie, je craignais qu'il fût nécessaire de pratiquer la trachéotomie. Je fis faire de fréquentes inhalations phéniquées et mentholées, au moyen du pulvérisateur à vapeur. Le soir, l'enfant était plus calme, il avait mangé d'assez bon appétit. La température axillaire était de 37°3. Les accès étaient encore assez fréquents. La respiration, la voix et la toux présentaient les mêmes caractères que le matin.

2 janvier. — La nuit a été assez agitée, les pulvérisations ont été répétées toutes les deux heures. Les accès semblent être cependant moins fréquents. Le soir, je revois l'enfant qui est plus calme, a bon appétit. La respiration est moins bruyante, la voix reprend un timbre plus accentué ; il n'y a plus de tirage.

3 janvier. — La nuit a été très calme, l'enfant a bien dormi. Je le trouve jouant, assis sur son lit ; la voix est enrouée encore ; la toux ramène des mucosités assez abondantes.

Je demande à la mère s'il n'est pas sujet à des rhumes, à de la gêne de la respiration nasale. Sur son affirmation, je pratique le toucher du naso-pharynx et je constate la présence de végétations adénoïdes assez volumineuses.

4 janvier. — L'enfant va tout à fait bien, la dyspnée a disparu, la respiration a repris ses caractères normaux, la voix est encore un peu enrouée. Le petit malade sort de la clinique.

Obs. II. — Une de mes enfants, une fillette âgée de deux ans, était légèrement enrhumée depuis deux jours. Le 2 février, en se levant, elle commence à tousser; la toux est rauque, comme dans la laryngo-trachéite ordinaire. La fillette est grognon, somnolente, semble très fatiguée, refuse de manger. Je la fais rester à la chambre.

En rentrant chez moi, à midi, je trouve l'enfant plus abattue; la peau est chaude, la toux est encore plus rauque que le matin, ainsi que la voix, qui commence à s'éteindre; la respiration devient un peu sifflante dans l'inspiration. D'heure en heure, ces phénomènes s'accusent davantage : la voix s'éteint de plus en plus, l'inspiration est très bruyante, la toux, éructante encore le midi, perd son timbre. Des accès de dyspnée surviennent, accompagnant des quintes de toux. A ce moment, on voit un peu de tirage sus-sternal; la respiration est très fréquente, pénible; on sent que l'enfant fait un effort considérable pour inspirer l'air; elle a, de plus, de fréquentes envies de vomir. Vers cinq heures du soir, tout l'ensemble des symptômes faisait penser au croup : le tirage avait notablement augmenté et les accès devenaient plus fréquents. Les lèvres étaient légèrement violacées. Mon confrère, M. le Dr Remy, voulut bien venir voir l'enfant, et, comme moi, il pensa à une laryngite aiguë grippale, tout en faisant des réserves; nous nous tînmes tout prêts à pratiquer la trachéotomie.

L'examen de la gorge dénotait une rougeur assez vive de l'isthme du gosier. Le toucher digital me fit sentir l'épiglotte un peu tuméfiée. Je ne pus pas arriver à faire l'examen laryngoscopique.

J'avais fait faire dans l'après-midi des pulvérisations mentholées chaudes, fréquentes. L'enfant fut enveloppée dans de l'ouate. Les pulvérisations furent répétées toutes les heures, toute la soirée et toute la nuit, en entourant le lit de ses rideaux, afin que l'enfant restât dans une atmosphère humide.

A neuf heures du soir, la température était de 39°8, le pouls était très rapide, bondissant; la respiration très fréquente, bruyante dans l'inspiration, un peu sifflante dans l'expiration; la voix est très voilée, la toux est à la fois rauque et voilée. L'enfant s'assied dans son lit pour pouvoir respirer. Vers minuit, elle commence à s'assoupir, et n'est réveillée que de temps en temps par des quintes de toux accompagnées d'accès de dyspnée, mais ceux-ci vont sensiblement en décroissant.

Vers cinq heures du matin, l'enfant s'endort jusqu'à huit heures. A ce moment, la fièvre est tombée à 37°5. La petite malade est plus gaie; les accès de dyspnée ne reparaissent plus. La voix est encore enrouée, la respiration un peu bruyante, la toux commence à

ramener des mucosités; la respiration reprend peu à peu son rythme normal. La toux et l'enrouement persistèrent encore deux à trois jours, pendant lesquels on continua les pulvérisations chaudes.

Les accidents inquiétants avaient duré, en somme, vingt heures.

Plusieurs confrères de Nancy m'ont dit avoir observé, cet hiver, un certain nombre de cas semblables au cours de la grippe chez les enfants. Malheureusement, aucun d'eux n'avait pris d'observation. M. le Dr Wilhelm m'a rapporté le cas d'un de ses enfants, un petit garçon de cinq ans, qui, à la suite d'une broncho-pneumonie grippale, fut pris d'accidents semblables à ceux que j'ai cités, accidents qui se prolongèrent pendant quatre jours.

M. Haushalter, professeur agrégé, chargé de la clinique des enfants à l'hôpital de Nancy, a bien voulu me communiquer plusieurs observations de faux croup prolongé. Je le remercie bien vivement de m'avoir permis de publier ces cas. Il ne s'agit plus ici de complication de la grippe, mais, dans 3 cas, de laryngite striduleuse, survenue au cours de la rougeole, et, dans 1 cas, dans le déclin de la varicelle. Parmi les 3 premiers cas, les observations III et IV sont nettement des cas de laryngite striduleuse prolongée. Dans la première, l'affection a duré plus de quinze jours. Dans l'observation IV, les phénomènes sont déjà plus atténués, et il n'existe pas de tirage. Enfin, la malade de l'observation V a eu une laryngite rubéolique, avec simplement de la toux croupale. L'enfant qui fait le sujet de l'observation VI avait eu la varicelle quand, au troisième jour, il fut pris d'accès de suffocation; et, chose intéressante, ces accès coïncidèrent avec l'apparition d'une dent, et cessèrent le lendemain.

Obs. III. — C. C..., fillette âgée de trois ans et demi, entre au service des enfants le 4 septembre 1897. Sa mère est bien portante, son père est asthmatique; ils ont eu sept enfants, dont quatre mort-nés et un autre mort à deux mois et demi. C... a été élevée au sein jusqu'à deux ans et demi. Elle a eu, il y a deux ans, une

broncho-pneumonie et, l'an dernier, une bronchite, ainsi que de l'adénopathie des ganglions cervicaux. A quatre reprises, elle a eu des accès de suffocation : la première fois, il y a deux ans et demi, pendant vingt jours environ ; la seconde fois, il y a quinze mois, durant neuf jours ; la troisième fois, il y a six mois, pendant trois jours. Elle a présenté une éruption de rougeole il y a trois semaines, et depuis quinze jours elle est atteinte des phénomènes dyspnéiques pour lesquels elle entre à l'hôpital. On constate du tirage sus-claviculaire et épigastrique. L'inspiration est suffisante. Il n'y a pas de cyanose. On ne trouve pas d'adénopathie ; il n'existe pas de fièvre. L'examen du larynx ne présente rien de particulier.

L'enfant sort le 8 septembre sans amélioration notable.

Obs. IV. — L. P..., fillette âgée de deux ans et demi, entre au service des enfants le 13 novembre 1900. Ses parents sont bien portants. L'enfant a eu, il y a un an, une bronchite qui dura trois semaines. Il y a un an, elle est tombée dans du café bouillant et fut brûlée au bras ; elle resta cinq mois malade ; depuis ce temps, elle est toujours souffrante et a presque toujours toussé. Elle est au onzième jour de la rougeole ; à l'entrée, la toux est rauque, la voix un peu enrouée quand elle pleure, avec un léger accès de suffocation de temps en temps. La température est de 39°. A l'auscultation, on trouve de la submatité aux deux bases, des râles sous-crépitants à la base gauche ; l'inspiration et l'expiration sont normales.

15 novembre. — La toux est moins rauque ; la température est de 38°.

18 novembre. — Après avoir pleuré, l'enfant a été prise d'un accès de suffocation, durant lequel on percevait dans l'inspiration un sifflement laryngé très intense.

24 novembre. — La toux est toujours très rauque ; l'état général est bon.

25 novembre. — La fièvre a complètement disparu ; mais l'enfant garde une toux aboyante, avec inspiration très bruyante.

26 novembre. — La voix est encore enrouée. A l'auscultation, on trouve un peu de submatité dans la fosse interscapulaire, du côté droit ; là on perçoit encore du souffle et de la résonance. La mère vient reprendre l'enfant.

Obs. V. — E. H..., fillette de dix-neuf mois, entre au service des enfants le 11 novembre 1900. Ses parents sont bien portants ; elle a été élevée au sein jusqu'à neuf mois ; elle a toussé de temps en

temps. Il y a huit jours, elle présenta une éruption, qui fut diagnostiquée rougeole par un médecin, il y a quatre jours. Dès le début, l'enfant fut atteinte d'enrouement ; ce dernier a augmenté progressivement depuis deux jours.

A l'entrée, on constate les restes d'une éruption de rougeole étendue à tout le corps. Le pharynx ne présente rien d'anormal. La voix et la toux sont voilées ; il n'y a pas de tirage. A l'auscultation, on trouve des râles sous-crépitants aux deux bases. La température est de 38° 6.

15 novembre. — La toux et la voix sont moins voilées, l'enfant est moins abattue ; on trouve seulement des râles humides aux bases, mais la respiration est nette dans toute la poitrine.

19 novembre. — La toux est toujours rauque.

1er décembre. — L'enfant tousse encore un peu ; elle sort de l'hôpital le 7 décembre, complètement guérie.

Obs. VI. — M. N..., petit garçon de quinze mois, entre au service des enfants le 2 avril 1896. Son père est très nerveux, sa mère bien portante ; ils ont eu quatre enfants, dont deux sont morts de scarlatine. M... a été élevé au biberon, il ne marche pas encore. Il a eu sa première dent à sept mois. A l'âge de deux mois, il a eu des convulsions pendant trois jours. Il y a huit jours, il a présenté une éruption de varicelle, et il tousse depuis cinq jours. Il y a deux jours, il a eu de nouveau des convulsions avec des accès de suffocation ; la respiration était fréquente et bruyante. Ces accès duraient trois à quatre minutes. La veille de l'entrée, l'enfant a eu trois accès ; le soir la respiration devint plus pénible, l'enfant était cyanosé et froid. On l'amena à l'hôpital ; mais en arrivant, il allait mieux. On a constaté, la veille, l'apparition d'une nouvelle dent à la mâchoire supérieure.

3 avril, matin. — La température est de 37° 2. La voix est seulement un peu enrouée, la toux est grasse. A l'examen de la poitrine, on trouve de la sonorité normale en avant et en arrière, et de gros râles de bronchite. Les amygdales sont un peu rouges. L'enfant boit très bien son lait.

Le soir, la température monte à 39°.

4 avril, matin. — La température est de 37° 2. La respiration est moins bruyante. Éruption d'une nouvelle dent à la mâchoire supérieure.

6 avril, soir. — Température 39°.

8 avril, matin. — Température 37° 2. La respiration est normale. On ne constate rien de particulier à l'auscultation.

Comme je l'ai dit en commençant, les auteurs ont rapporté quelques cas de faux croup prolongé, mais sans y prêter une grande attention. Trousseau en indique seulement l'existence; Bouchut en cite deux cas, tirés de Billard; d'Espine et Picot passent sur la question. Touchard[1], en 1893, réunit un grand nombre d'observations auxquelles il manque, malheureusement, l'examen laryngoscopique. Les cas qu'il a observés ont eu, en général, un début rapide, puis se sont prolongés, en imposant pour un croup d'emblée. Pour lui, même dans les cas où la dyspnée est le plus intense, la toux reste toujours « fréquente, quinteuse, rauque, aboyante, avec une tonalité élevée ». Elle est exagérée par l'examen et les mouvement de l'enfant. La voix est enrouée parfois, mais rarement éteinte; cette aphonie est passagère, et conserve rarement ces caractères pendant toute la durée de la maladie. Touchard n'a jamais vu le tirage persister plus de quarante-huit heures, ce tirage laissait à sa suite une toux légère. La guérison est la règle; néanmoins, il est des cas qui ont nécessité la trachéotomie, tels sont les cas de Scoutten, de Cadet de Gassicourt, de Huchard, et un cas de Fournier, rapporté par Touchard.

Enfin, il est des cas de mort dus à ce qu'on n'a pas fait la trachéotomie, tels sont ceux signalés par Trousseau, Rogery, Baudelocque, Hérard, Constant, Bagot de Saint-Pol de Léon. La mort est due à l'asphyxie ou à la viciation dans l'hématose, comme dans le cas de Rogery, où le malade s'éteignit alors que les symptômes de suffocation avaient disparu. Le plus souvent, au contraire, les enfants guérissent sans qu'il y ait lieu d'intervenir, même dans les cas très graves. Touchard signale 12 cas de ce genre, et rapporte des observations semblables de Cadet de Gassicourt(3), de J. Simon(1), de Hutinel(1), de Grancher(1), de Descroizilles(1), de Dauchez(1), de Boiteux(2).

Bar, de Nice rapporte 3 cas, dont l'un est un cas d'œdème

1. Touchard, *Laryngite aiguë de l'enfance simulant le croup.* Thèse de Paris, 1893.

au cours de la tuberculose laryngée. Dans les deux autres cas, il s'agissait d'œdème glottique proprement dit.

En dehors de ces travaux et depuis leur publication, nous avons trouvé dans la littérature médicale un certain nombre de faits concernant l'affection qui nous occupe. Grenner[1] signale le cas d'un enfant de neuf ans pris subitement de faux croup à onze heures du soir, et qui mourut deux heures après.

Castañeda[2] a observé 24 cas de cette affection, qu'il propose d'appeler: laryngite sous-muqueuse aiguë suffocante de l'enfance. Il a pratiqué 18 fois l'examen laryngoscopique; 4 fois il s'agissait de localisation de l'inflammation aux replis aryténo-épiglottiques, et 14 de localisation sous-glottique. L'inflammation est d'intensité variable, depuis l'hyperémie simple, jusqu'à l'infiltration phlogistique du tissu sous-muqueux. Dans certains cas, le spasme domine surtout la scène, et alors l'inflammation est très légère.

Cet auteur a constaté l'apparition de phénomènes catarrhaux d'intensité croissante. La dyspnée apparaît au début avec bruit laryngo-trachéal. La voix est enrouée, parfois éteinte. La toux est toujours de tonalité élevée. Castañeda est partisan de l'intubation.

Hepp[3] de son étude sur cette forme de laryngite donne des conclusions semblables à celles de Touchard et de Castañeda.

Soca[4], de Montevideo, a observé 4 cas où le tirage a duré de vingt à quarante jours, sans accès de suffocation proprement dits. Il pense qu'il s'agit de laryngite sous-glottique, mais il n'a été fait ni examen laryngoscopique, ni étude bactériologique.

1. Grenner, *Med. News,* 30 décembre 1893.

2. Castañeda, Premier Congrès espagnol d'oto-rhino-laryngologie, Madrid, 18 au 24 novembre 1896 (*Ann. des mal. de l'oreille,* 1897, t. II, p. 70).

3. Hepp, Étude sur une forme de laryngite aiguë de l'enfance simulant le croup d'emblée (*Gaz. des hôpit.*, 18 mars 1897).

4. Soca, sur la laryngite striduleuse avec tirage permanent (*Arehiv. de méd. des enfants,* 1er janvier 1898; *Rev. de Moure,* 1898, I, p. 296).

En examinant tous les faits, il semble que deux phénomènes agissent à la fois pour produire la laryngite striduleuse prolongée : l'inflammation et le spasme, mais à des degrés divers, variant avec les individus. Suivant l'excitabilité nerveuse, ce sera l'un ou l'autre de ces deux agents qui prédominera. Je crois que nous pouvons dire que dans les formes à début lent, à marche progressive, dans lesquelles les accès de suffocation sont rares, ne surviennent qu'au moment des quintes de toux, c'est la phlegmasie qui domine. Quand, par contre, le début arrive brusquement, lorsque les accès surviennent, lorsque l'enfant pleure, au moment de l'éruption d'une dent[1] (voir obs. VI), la cause est plutôt spasmodique.

L'état inflammatoire peut se présenter à des degrés bien variables : c'est tantôt une simple hyperémie, tantôt un œdème de la muqueuse laryngée. Cette inflammation semble, d'après les cas où l'on a fait l'examen laryngoscopique, surtout localisée à la région sous-glottique, comme j'ai pu l'observer dans un cas. L'œdème de l'épiglotte et de la région ary-épiglottique semble plus rare. Il est à remarquer que les accidents dyspnéiques cessent, en général, lorsque la sécrétion muqueuse commence à se faire et que, suivant l'expression vulgaire, la toux devient grasse.

Cet examen laryngoscopique doit être fait chaque fois qu'un doute est possible entre cette variété de laryngite de l'enfance et le croup. Lui seul peut donner une certitude absolue du diagnostic. L'examen bactériologique est aussi fort utile; remarquons qu'il existe une cause d'erreur, c'est la présence du pseudo-bacille de Löffler sur les muqueuses, en l'absence de toute lésion diphtérique.

On a donné, en effet, comme signes différentiels de la laryngite striduleuse prolongée et du croup : 1° le début brusque de la première; 2° la persistance de la voix, qui est plutôt enrouée qu'éteinte.

1. Erskine, *British med. Journ.*, 1898, p. 145, et *Ann. des mal. de l'oreille*, 1898, II, p. 193.

Or, nous avons vu, dans nos deux premières observations, que les symptômes s'étaient développés progressivement; dans notre observation II ils ont mis neuf à dix heures pour arriver à leur apogée. Ce fait a été aussi constaté par plusieurs auteurs et en particulier par Castañeda. Enfin, mes deux premiers malades avaient la voix complètement voilée. La toux, chez eux, n'était pas non plus aboyante, éructante.

Toutefois, durant une épidémie de grippe, chez un enfant déjà souffrant de cette affection depuis quelques jours, on aura de sérieuses présomptions pour la laryngite non diphtérique.

Enfin, le siège de la lésion inflammatoire doit certainement agir sur la durée et l'intensité des symptômes dyspnéiques. Ce n'est qu'une hypothèse que l'examen de cas nombreux fera vérifier; mais il me semble qu'à lésion prédominante du côté des bandelettes ventriculaires et de l'épiglotte correspond une forme à marche rapide, et que la forme prolongée est due à des lésions sous-glottiques.

J'insiste de nouveau sur la nécessité de faire connaître des médecins cette forme prolongée de la laryngite striduleuse, et de lui donner une place dans les livres classiques.

Le traitement, comme nous l'avons vu, consiste dans l'enveloppement ouaté et les grandes pulvérisations mentholées et très légèrement phéniquées, très fréquemment répétées.

CAS DE PYOHÉMIE OTIQUE

AVEC DERMATOMYOSITE

SANS TROMBO-PHLÉBITE APPARENTE DU SINUS[1]

Par le Dr **L. BAR**, de Nice.

L'observation qui va suivre est une observation analogue à celles que Szenes, Chatellier, Schmiegelow, etc., ont autrefois

1. Travail communiqué à la Société française de laryngologie, mai 1901.

rapportées; cas pathologiques par lesquels Hessler, Brieger, et surtout Körner, ont pu établir d'une façon définitive qu'à côté de la pyohémie auriculaire à trombo-phlébite sinuso-jugulaire, généralement fatale, existe une forme de pyohémie moins grave, dans laquelle les sinus craniens ne sont pas touchés. Un rapport de Laurens, fait l'année dernière devant notre Société, fut d'ailleurs des plus explicites à cet égard, et nous savons qu'on y trouve exposé d'une façon très claire toutes les connaissances que comporte cette question. Une observation nouvelle de ce genre peut avoir encore quelque valeur, et l'intérêt de celle-ci nous a paru ressortir des faits qui vont suivre.

Observation. — Dès la fin du mois de février 1900, Mme Sch..., de Berlin, âgée de soixante-quatre ans, fut prise d'un état grippal qui se compliqua bientôt d'une otite catarrhale de provenance rhino-pharyngienne.

Quand nous fûmes pour la première fois, le *1er mai*, appelé en consultation auprès d'elle par son distingué médecin, le Dr Bartach, la malade présentait au conduit auditif un écoulement abondant de pus rougeâtre, lequel provenait de l'oreille moyenne à travers une perforation tympanique spontanée. Ce pus était, d'après l'analyse, d'une nature *streptococcique*. La mastoïde était légèrement douloureuse. Battements pulsatiles internes, cou contracturé. Enfin, avec un facies subictérique parfait, Mme Sch... avait un état fébrile mesuré par des oscillations thermiques irrégulières qui se faisaient autour de 38°9 et 37°6, tandis que les pulsations étaient en moyenne de 80 à 90.

Jusqu'au *9 mars*, l'état de la malade resta stationnaire, mais elle eut alors un frisson subit, accompagné de photophobie, de malaise et d'inappétence, avec augmentation des pulsations cardiaques (92), tandis que la température tombait à 37°6, fixa notre attention et continua à nous tenir en garde, malgré une sensation de mieux être immédiatement consécutive à cet incident.

En effet, la suppuration de l'oreille, rougeâtre, hémorragique, devint plus abondante dans le conduit pour se ralentir bien vite; la gorge se montra sensible.

Le *11 mars*, il y eut une sensation de chaleur exagérée sur tout le corps, tandis que les extrémités restaient froides. Céphalalgie, irradiation douloureuse dans la zone du trijumeau. Anorexie. La

température était 36°6 le matin, avec 80 pulsations; 38° le soir, avec 92 pulsations.

Le *12 mars*, comme l'écoulement purulent diminuait encore, une large myringotomie fut pratiquée, la malade, malgré l'avis des médecins, ne voulant accepter aucune intervention sur la mastoïde; en même temps fut fait un essai de lavage de l'oreille moyenne par la trompe d'Eustache, le tout suivi d'une amélioration remarquable (disparition de la douleur de la mastoïde, des battements pulsatiles de l'oreille moyenne, écoulement plus abondant). Le pouls et la température restaient toutefois dans les mêmes proportions, malgré l'antipyrine, la salipyrine, etc., en vain essayés. Des lavages boriqués à 4 o/o, faits au début, avec application de glycérine phéniquée à 1/20 étaient désormais remplacés par des lavages au lysol (solution à 1 o/o).

Tout ceci ne fut qu'une fausse amélioration de très courte durée qui termina la première phase de la maladie; phase de l'infection pyohémique, dont les grands traits ont été : au point de vue de l'état local, une otorrhée streptococcique avec symptômes mastoïdiens (douleurs, œdème), céphalée, névralgie dans la zone du trijumeau; au point de vue de l'état général, frissons, fièvre, troubles digestifs et peut-être circulatoires (crachats sanglants).

Deuxième phase. — La seconde phase de la maladie, phase métastatique ou de confirmation pyohémique, commença aussitôt, car, tandis que, dans la journée du *16*, des frissons répétés, la petitesse du pouls, une abondante suppuration inodore et des crachats sanglants faisaient prévoir que la maladie ne touchait pas à sa fin, le lendemain *17 mars*, à tous ces signes s'adjoignait un accident caractéristique survenu à la jambe droite. Celle-ci était devenue subitement douloureuse, sensible à la pression, avec tuméfaction légère, mais douloureuse au mollet, tous signes présomptifs d'une phlébite profonde. Toute la journée, il y eut de la douleur à la région temporale, sans douleur mastoïdienne.

Mais le lendemain, *18 mars*, après une nuit très calme ou plutôt de prostration marquée, la malade sortait de son lourd sommeil avec disparition de la céphalée, des sensations douloureuses de la jambe droite, et on remarquait, non sans surprise, que l'écoulement auriculaire avait presque complètement cessé. Le pouls oscille maintenant autour de 90, et la température autour de 38°, restant encore néanmoins en concordance et justifiant d'un état fébrile.

19 mars. — Même état. Nous prescrivîmes à l'intérieur une dose de calomel et des lavages boriqués de l'oreille.

20 mars. — Battements pulsatiles de l'oreille; absence presque

complète de suppuration; inappétence; la gorge rouge, douloureuse.

21 mars. — Très peu de suppuration; une myringotomie complémentaire avec politzérisation indique que la caisse du tympan est presque vide; mais la malade est très loquace, indice d'une légère excitation cérébrale; dans la soirée, nous trouvons, avec une température de 39° et un pouls de 104, un écoulement auriculaire plus abondant et *une douleur arthritique du poignet sans lésion objective manifeste.*

23 mars. — Réapparition des douleurs dans la jambe. Mal de gorge et sensation très douloureuse dans le cou contracturé. La région carotidienne supérieure gauche paraît, en effet, le siège du mal; elle est très sensible au toucher, principalement sur les bords antérieurs et postérieurs du sterno-mastoïdien; mais la palpation, très prudente d'ailleurs, ne permet pas de reconnaître au milieu de ces tissus un peu œdématiés, un cordon dur pathognomonique de trombose jugulaire, et, bien que les mouvements de rotation de la tête réveillent de la douleur, nous ne pouvons par ces signes qu'être en garde contre la présence possible, actuelle ou future, d'une trombose veineuse. Température, 37°8, 38°8 le soir. Pouls 96 et 102 le soir. Intelligence parfaite. Écoulement rare de l'oreille.

24 mars. — Même état et, en plus, douleurs dans le creux poplité avec un léger œdème.

25 mars. — Disparition des douleurs et de la contracture du cou. Disparition de l'arthrite du poignet. Débâcle intestinale, salivation abondante. Photophobie.

26 mars. — Pouls très dépressible, urine sanguinolente, douleurs dans la jambe droite, dans le poignet gauche avec fourmillement, douleur dans la région temporale, ainsi que dans la mastoïde; la malade se décide à se laisser opérer.

Température, 38°7. Pouls, 112. Trépanation mastoïdienne. Ouverture du sinus. A l'ouverture de la corticale, rien; antre et cellules, très peu de pus. A l'ouverture, accidentelle et par conséquent large, du sinus, il s'écoule un flot de sang noir, sans infarctus, sans adhérence aux parois du sinus, immédiatement arrêté par un tamponnement. Drainage de l'antre à la gaze iodoformée. Nuit excellente.

27 mars. — Température: matin, 38°1; soir, 38°7. Pouls: matin, 100; soir, 112, irrégulier, intermittent; souffle cardiaque. Respiration courte et rapide, 50 par minute. Poignet gauche douloureux.

Le lendemain, douleurs articulaires très vives dans l'épaule droite,

mais tous les phénomènes arthropathiques et douloureux disparaissent; la température descend autour de 37°, et la malade, pendant quatre jours, éprouve une période d'amélioration générale et locale. Le pansement qui a été fait pendant l'intervalle est remarquable par ceci, qu'il ne contient pas de pus et que les bords de la plaie sont rouges, tandis que le sinus se cicatrise.

Dès le *2 avril*, cependant, recommence une nouvelle phase métastatique; le poignet, la main gauche, les doigts et le genou gauche sont douloureux, tuméfiés. Ces régions douloureuses sont le siège de gonflements mal limités, s'irradiant du genou à la partie antérieure de la cuisse, du poignet à la main, avec rougeur diffuse, légèrement apparente, érésypélateuse et laissant percevoir à la palpation une infiltration gélatiniforme des tissus sous-cutanés.

La langue redevient saburrale, puis sèche. Inappétence. Température: matin, 37°5; soir, 38°1. Pouls: matin, 80; soir 90. Frisson. Nous prescrivons de la salipyrine, de fréquentes onctions à l'essence de winter-green, à l'essence de bouleau. Les deux jambes, particulièrement la droite, surtout au mollet, deviennent le siège d'une infiltration pareille de douleurs qu'exaspèrent les mouvements. La malade tend à mettre ses muscles dans un repos complet. Ceux-ci sont durs et rigides. Cet état dure avec une intensité presque constante jusqu'au *16 avril*. A ce moment, la rougeur érésypélateuse est à son maximum, les articulations et les muscles excessivement douloureux. Les urines sont très sédimenteuses, la tête lourde, le pouls à 108 est petit, dépressible; la température oscille, dans la journée, de 36°8 à 38°4. La brèche mastoïdienne est comblée en partie de bourgeons charnus et ne donne issue à aucune suppuration.

Les diverses médications en usage: salipyrine, salicylate de soude, acide salicylique, quinine, colchécine, colchi-salol, frictions térébenthinées, etc., ne produisent aucun résultat, et l'état demeure excessivement grave. Le poumon et le cerveau restent indemnes, mais le cœur devient de plus en plus irrégulier et intermittent.

26 avril. — Les battements sont très rares, au point de nous faire craindre une mort prochaine. Injection de caféine.

27 avril. — Débâcle intestinale.

28 avril. — Une amélioration subite se produit, la langue devient meilleure, le pouls fort et régulier, les articulations et les membres moins tuméfiés et moins douloureux; le pansement de l'oreille est taché de pus.

29 avril. — Urines abondantes, disparition des phénomènes de métastase, et, à partir de ce jour, la maladie progresse de plus en

plus vers la guérison, par amélioration de l'état général, par disparition des signes de l'état local, et cicatrisation de la brèche osseuse. La malade est complètement guérie dès le mois de juillet.

La longue durée des accidents infectieux d'ordre général, qui, concurremment à cette otite streptococcique, affectaient la malade, appelle tour à tour l'attention sur les points qui vont suivre: 1° phénomènes pathologiques dans la région des jugulaires gauches, côté de l'oreille malade, et arthropathies; 2° ouverture accidentelle du sinus, mais démonstrative de l'absence d'une trombo-phlébite; 3° dermatomyosite et arthropathie; 4° cardiopathie; 5° guérison.

La cause primordiale d'un état si grave fut évidemment une streptococcie, état infectieux dont la localisation se fit à l'oreille, témoignée bientôt par un frisson initial et des signes dans la région de la jugulaire. Ces signes, contracture passagère et douloureuse du sterno-mastoïdien, contracture des muscles de la nuque, œdème régional sans engorgement ganglionnaire, étaient dans leur ensemble d'un diagnostic difficile. Ils pouvaient, en effet, être les signes d'une thrombose, soit que celle-ci eût frappé la veine jugulaire interne, soit qu'elle se fût étendue aux veines émissaires condyliennes, vaisseaux que nous savons être des affluents de la veine jugulaire postérieure. Orwe Green et Brieger invoquent la thrombose intangible ou peu perceptible de ces dernières veines pour expliquer en pareil cas l'infiltration douloureuse des muscles de la nuque. Quant à la jugulaire interne, bien que nous n'ayons pas senti à la palpation son cordon cervical de thrombose (on ne le perçoit pas toujours), elle pouvait, à juste titre, être accusée de trombo-phlébite, non seulement à cause des signes locaux, mais encore et surtout parce qu'en pareille occurrence d'état infectieux, l'infection l'atteint soit en entier, soit à son golfe, épargnant alors le sinus. Quoi qu'il en soit, il faut remarquer le peu de durée de ces signes et remarquer principalement que le sinus ouvert chirurgicalement

parut sain. En effet, dès son ouverture, on vit s'échapper de ses parois, visiblement saines, un flot de sang limpide sans pus et sans caillots, indice qu'il n'était le siège d'aucune thrombose totale ou pariétale. La septicémie ne pouvait, en conséquence, être due à une sinusite, puisque le sinus paraissait sain; et il fallait conclure à une pyohémie auriculaire par infection, provenant soit de la muqueuse de la caisse ou du golfe de la jugulaire, à évolution par conséquent favorable. Leuter, dans son interprétation de la pyohémie otique, ne reconnaît, comme nous le savons, qu'une seule forme de pyohémie auriculaire, laquelle, plus ou moins grave selon les cas, relève toujours d'une phlébite sinusale. Plusieurs exemples, celui-ci entre autres, prouvent objectivement que le contraire est possible, à moins que, pour partager l'opinion de cet auteur, on veuille croire à une thrombose sinusienne pariétale, visible seulement par le microscope, ce qui est loin d'être démontré.

Plus simple et plus admissible nous paraît l'interprétation de Brieger, que complète Laurens en y faisant intervenir, conformément aux lois de la pathologie générale, l'appui de l'exaltation de virulence des germes pathogènes. Körner d'abord et Brieger ensuite avaient, en effet, pensé avec raison qu'à côté de la pyohémie mortelle, liée à la phlébite suppurée du sinus latéral, existait une pyohémie bénigne, produite par phlébite intra-osseuse du rocher et par le passage des germes infectieux dans la circulation sanguine. Or, le cas présent, à côté de tant d'autres signalés déjà, est là pour nous convaincre. En l'absence, en effet, de tout phénomène sinusien, nous n'avons pu rapporter qu'à la virulence streptococcique de l'otite suppurative qui évoluait devant nous les phénomènes d'infection pyohémique qui se sont présentés.

Cette pyohémie, quoique de forme non sinusienne, a été d'ailleurs excessivement grave. Nous l'avons vue, en effet, après une courte rémission, reprendre une exaltation plus grande sous forme de pseudo-rhumatisme infectieux et avec

les signes d'une dermatomyosite des mieux confirmées. Les dermatomyosites peuvent être, d'ailleurs, des manifestations scepticémiques moins rares qu'on ne saurait le croire, et nous savons depuis longtemps que les myosites font partie du cortège des inflammations consécutives aux fièvres graves infectieuses : scarlatine, rougeole, typhoïde surtout. On a même pensé qu'il pouvait se présenter au cours du rhumatisme, mais nous pensons que des observations semblables remontent à l'époque où la division, pourtant si exacte des rhumatismes en rhumatisme vrai et pseudo-rhumatisme infectieux, n'avait point été établie. On n'eût pas manqué, dans un cas semblable au nôtre, de considérer la dermatomyosite qui s'est produite comme symptôme du pseudo-rhumatisme qui a évolué; peut-être même, oubliant l'état de l'oreille dont les symptômes s'étaient amendés, au point de passer inaperçus, n'aurait-on plus observé là qu'un vrai rhumatisme avec toutes ses conséquences, cardiopathiques entre autres. Le cœur, en effet, fut atteint à son tour, et, soit par myocardite infectieuse, soit à cause de quelque infarctus microscopique, qui, ayant pénétré à son intérieur, avait troublé son fonctionnement, il cessa un instant de battre. Ce fut heureusement sans conséquence.

En résumé, ce cas nous porte pathogéniquement, à nous ranger à l'opinion de Körner, c'est-à-dire à croire qu'il existe deux formes de pyohémie otique : celle originelle d'une thrombo-phlébite du sinus préparée par une otite chronique, celle immédiatement occasionnée par une otite aiguë infectieuse, sans thrombo-phlébite nécessaire et créée simplement par le passage direct des germes infectieux dans la circulation sanguine.

Cette forme, plus souvent curable, ne fait point, comme la grande pyohémie, sa métastase dans les organes primordiaux, poumons, etc.; mais, atteignant la grande circulation et ses radicules par des infarctus le plus souvent microscopiques, elle y crée, dans les muscles et dans les articula-

tions surtout, des accidents du genre de ceux que nous avons observés.

En pareille occurrence, on peut perdre de vue la cause primordiale, et, oubliant l'otite primitive, ne voir dans ces états que les lésions périphériques ou un simple état général, grave d'ailleurs, d'infection grippale, etc.; aussi, avec Laurens serons-nous d'avis de ne point négliger non seulement l'examen bactériologique du pus auriculaire, mais de faire à son heure l'examen du sang, le séro-diagnostic, etc. Si les symptômes le commandent, une intervention sur la mastoïde et le sinus est de rigueur, car, ne serait-elle en soi qu'exploratrice, d'elle seule aura pu dépendre le salut du malade.

Un traitement purement médical de l'otite est commandé au début de la maladie. Plus tard, si la mastoïde l'exige, l'ouvrir. Enfin, traiter la pyohémie par tous les moyens que la médecine commande, et selon ses symptômes.

ANALYSES DE THÈSES

Contribution à l'étude des laryngocèles, par le Dr M. PELLETIER.

L'histoire du laryngocèle est presque entièrement confondue avec celle des autres tumeurs gazeuses du cou, qui n'ont été elles-mêmes décrites avec quelque netteté qu'à une époque relativement récente.

Malgré les observations de Félix Plater, de Callisen, de J.-P. Frank, il faut arriver à Larrey père pour lire une description précise et scientifique des tumeurs aériennes observées au niveau du larynx.

Depuis les deux cas rapportés en 1872 par Solis-Cohen, les faits deviennent plus nombreux et plus précis; en 1889 paraît l'important mémoire de M. L.-H. Petit sur les tumeurs aériennes du cou, suivi en 1896 d'une thèse de Kounik sur le même sujet. Mais un petit nombre seulement des observa-

tions qui se trouvent consignées dans ces travaux ont trait spécialement au laryngocèle.

Aussi M. Pelletier s'est-il proposé de détacher les tumeurs aériennes du larynx de la masse des tumeurs gazeuses du cou ; et cette description isolée lui a paru légitime en raison des conditions anatomiques et pathologiques spéciales qui peuvent, au niveau du larynx, créer des dispositions propres à la production de ces tumeurs.

Il désigne d'une manière générale sous le nom de laryngocèle toute tumeur gazeuse située au niveau du larynx ou à son pourtour, communiquant ou ayant communiqué au moment de sa formation avec la cavité laryngée.

Cette définition très compréhensive englobe un certain nombre de tumeurs de nature différente que l'auteur divise en deux groupes principaux : les laryngocèles survenus sans solution de continuité des parois du larynx, et les laryngocèles consécutifs à une solution de continuité des parois du larynx.

Les premiers peuvent, suivant les cas, se produire dans des conditions anatomiques normales ou, au contraire, se développer aux dépens de dispositions anatomiques anormales, ordinairement congénitales.

Dans le premier cas, la poche aérienne se forme aux dépens des portions membraneuses, points faibles de la paroi laryngienne, qui se laissent distendre sous l'influence d'une forte pression intra-laryngée; c'est du moins l'explication donnée par Larrey, qui a observé et décrit cette variété de laryngocèle. Chez tous les sujets, en effet, la tumeur s'était développée à la suite d'efforts vocaux répétés; bilatérale, bosselée, tendue pendant l'effort, elle disparaît en partie sous l'influence du repos et de la compression méthodique qui rempliront les indications thérapeutiques capitales dans les faits de cette nature.

Les laryngocèles survenus dans des conditions anatomiques anormales se présentent sous deux types bien distincts.

Dans le premier type (laryngocèle ventriculaire de Virchow), il existe une dilatation du prolongement du ventricule de Morgagni. Mais cette dilatation est intra-laryngée, et par conséquent, surtout appréciable à l'examen laryngoscopique.

Dans le deuxième type (Bennet, Gruber), la dilatation précé-

dente se continue avec une deuxième poche, celle-ci nettement extra-laryngée, et placée en avant de la membrane thyro-hyoïdienne. Elle forme à l'extérieur une tumeur dont la saillie, la consistance, la sonorité, varient avec la tension de l'air qui la remplit. La réductibilité sous la pression est rapide ou lente suivant les dimensions de l'orifice de communication entre les deux poches.

La tumeur intra-laryngée proémine plus ou moins à l'intérieur du larynx. Les troubles fonctionnels qu'elle détermine (enrouement, aphonie, suffocation) varient naturellement avec son volume. Ils commandent le plus souvent une intervention chirurgicale qui est l'ablation des deux tumeurs extra et intra-laryngées, il est bon de pratiquer la trachéotomie comme premier temps de l'opération.

Le second groupe comprend les laryngocèles consécutifs à une solution de continuité des parois du larynx. *A priori,* la solution de continuité pourrait être incomplète : la muqueuse laryngée intacte ferait hernie à travers une brèche du cartilage Mais l'existence de cette variété n'est pas démontrée.

Il n'en est pas de même des laryngocèles dus à une solution de continuité totale, qui peut reconnaître pour cause soit une lésion congénitale, soit une plaie traumatique, soit une ulcération du larynx, une ulcération tuberculeuse, par exemple, comme l'auteur en rapporte un cas.

Pour que le laryngocèle se produise dans ces conditions, il faut que les aponévroses situées au-devant du larynx soient intactes : ce sont elles, en effet, qui limitent les parois de la poche et empêchent l'air de fuser de proche en proche dans le tissu cellulaire du cou.

L'aspect, et le volume de ces tumeurs sont variables : adhérentes aux plans profonds, elles glissent sous la peau ; leur réductibilité est inconstante, ce qui tient sans doute à l'étroitesse de la fissure laryngée. Indolores, et le plus souvent peu gênantes, elles ne déterminent pas de troubles graves de la respiration, mais, par contre, elles rendent les malades presque aphones.

Le traitement variera suivant la cause de ces laryngocèles. Dans les laryngocèles dus à une ulcération tuberculeuse du

larynx, il sera prudent de se borner à un traitement palliatif (compression). Dans les laryngocèles d'origine traumatique il peut, au contraire, être utile de disséquer la poche et de l'enlever. Si la perforation était visible au cours de l'opération, on pourrait essayer de la suturer, mais ce n'est pas toujours possible. (Thèse de Paris, juillet 1900.)

Dr E. LAFARELLE.

Contribution à l'étude de la laryngite sèche chronique ozéneuse, par le Dr CH. HEURTEBISE.

L'auteur débute par un assez long historique, qu'il divise lui-même en trois périodes :

1° Une période où l'affection n'est signalée qu'en passant par quelques auteurs;

2° Une période où, mieux connue, elle est décrite sous le nom de laryngite sèche, puis d'ozène laryngo-trachéal, où les crachats sanglants sont regardés comme une source de confusion avec la phtisie;

3° Enfin, une période toute récente (travail de Luc).

La laryngite sèche à allure ozéneuse n'est connue que depuis peu de temps, et la cause première de sa production paraît être l'existence antérieure d'un ozène nasal.

Quelques-uns voudraient en faire une maladie indépendante parce qu'on a constaté parfois l'absence d'ozène nasal, mais la plupart des laryngologistes ont remarqué que dans la majorité des cas, l'ozène nasal et les manifestations trachéo-bronchiques coïncidaient, et que l'allure clinique des lésions aux fosses nasales et au larynx étaient identiques. Les lésions en sont encore mal connues.

Cependant, on a pu noter la vascularisation extrême de la muqueuse, qui paraît atrophiée comme dans l'ozène nasal; sa sécheresse semble démontrer, en outre, une altération des éléments glandulaires.

Le plus souvent, les lésions sont généralisées à tout le larynx. Parfois, cependant, elles sont plus circonscrites et siègent exclusivement dans la région sous-glottique. Dans ce cas, l'amas de croûtes au-dessous des cornes peut amener une gêne respiratoire d'origine mécanique. Ce sont les croûtes qui,

avec l'atrophie de la muqueuse, paraissent constituer la lésion anatomique caractéristique.

Ces croûtes, épaisses, adhérentes, jaune noirâtre, se présentent dans les régions malades sous deux aspects différents :

1° Celui d'écailles disséminées çà et là ;

2° Celui d'un véritable revêtement en quelque sorte continu, qui tapisse la muqueuse à la façon d'une tenture.

Entre ces deux formes, existent de nombreuses formes intermédiaires.

Chez les adultes, les troubles respiratoires occasionnés par les croûtes sont de peu d'importance. Mais, chez les enfants, il en est tout autrement. Cela semble dû chez eux :

1° à une tendance beaucoup plus grande, à cet âge, au spasme de la glotte ;

2° à l'étroitesse de la glotte respiratoire, à cause du faible développement des cartilages aryténoïdes.

Certains malades atteints de laryngite ozéneuse peuvent présenter de l'essoufflement quand ils se livrent à un effort prolongé.

Les troubles vocaux sont souvent peu accentués, mais le chant devient impossible.

Un phénomène important à noter, c'est l'existence à certains moments de traces de sang dans les crachats. Ces hémorragies sont peu considérables et sont produites par la rupture de quelques capillaires, à la suite de violentes quintes de toux.

Les manifestations ozéneuses frappent de préférence les personnes à vitalité un peu affaiblie : c'est ce qui avait fait croire, tout d'abord, que l'ozène était une affection éminemment diathésique. Cet affaiblissement est-il primitif ou secondaire ? C'est ce qu'il est difficile de décider actuellement.

Il serait souvent bien malaisé de faire le diagnostic entre une laryngite chronique à forme hémorragique et un début de tuberculose pulmonaire, si l'on voulait s'en tenir à l'état général et aux signes physiques broncho-pulmonaires. Il faudra donc avoir recours à un examen laryngoscopique approfondi. Ne pas oublier que les hémoptysies de la laryngite ozéneuse peuvent se répéter longtemps sans troubler l'état général ; appuyer son diagnostic surtout sur la coïncidence

avec l'ozène nasal quand les signes fournis par la palpation, la percussion ou l'auscultation, restent douteux ou nuls.

Le pronostic de cette affection n'est défavorable qu'au point de vue de sa persistance et de ses conséquences désagréables. Le traitement local, le seul important, améliore beaucoup les lésions, mais, au dire de l'auteur, ne les guérirait guère. (Thèse de Paris, 1900.)

Dr G. Dupond.

REVUE GÉNÉRALE ET ANALYSES

BOUCHE ET PHARYNX BUCCAL

Du diagnostic différentiel du chancre syphilitique de la muqueuse buccale *(Zur Differentialdiagnose des Primäraffectes auf der Mundschleimbaut)*, par le Dr Glatzel.

Il existe des cas où le médecin doit pouvoir poser le diagnostic précoce du chancre induré de la muqueuse buccale, sans attendre l'apparition des symptômes secondaires. C'est lorsque le malade vient, par exemple, consulter assez tard, alors que les manifestations secondaires sont déjà en voie de régression et peuvent échapper à l'observation du médecin, tandis que le chancre entretenu par des infections secondaires mixtes, dont la cavité buccale offre de si nombreuses occasions, existe encore et peut en imposer pour une affection toute différente. D'un autre côté, il est toujours bon de pouvoir exclure une affection non syphilitique, en attendant l'apparition des manifestations secondaires. Le diagnostic présente parfois de sérieuses difficultés qui, dans certains cas, sont encore augmentées par le siège peu ordinaire de la lésion. C'est ainsi que le chancre de la muqueuse des joues est extrêmement rare et ne figure qu'une seule fois dans la statistique de 727 cas de chancres buccaux, recueillie par M. Fournier, de Paris. On comprend qu'en présence d'une ulcération siégeant sur la muqueuse des joues, le médecin se trouve très embarrassé et soit tenté dès l'abord de lui attribuer une nature toute autre que syphilitique. L'auteur a eu lui-même l'occasion d'observer un cas de ce genre et où le diagnostic était loin de s'imposer tout seul.

Les données fournies par le malade lui-même sont le plus souvent sans valeur aucune, d'autant plus qu'il peut s'agir dans beaucoup de cas d'une infection extra-génitale. C'est donc en se basant presque exclusivement sur les signes objectifs qu'on peut et qu'on doit poser le diagnostic. Le premier de ces signes consiste dans l'aspect et dans la nature de l'ulcération. M. Fournier distingue deux formes de chancre induré de la muqueuse des joues : 1° l'ulcération superficielle, de forme ronde ou ovale, de couleur rouge ou opaline, se continuant de plain-pied avec les tissus sains périphériques, c'est-à-dire s'accordant avec eux sans ressaut, sans entamure en arête ; au total donc, sans bords, et à base parcheminée ; 2° l'ulcération profonde, qui entame le derme muqueux dans une certaine épaisseur ; ce chancre ulcéreux est généralement assez large. En moyenne, il présente l'étendue de l'ongle du pouce ; sa configuration est celle d'une capsule, d'une cuiller. Il représente de la sorte une lésion ulcérative, dont les bords, relevés en crête marginale, descendent ensuite en pente douce vers le fond de la plaie ; ce chancre offre un fond lisse, généralement rouge et d'un rouge bien accentué quelquefois multicolore, c'est-à-dire semé, sur un fond rouge, d'îlots de teinte grisâtre, gris jaunâtre, ou d'un brun foncé. Il est toujours doublé d'une induration notable, parfois épaisse et pénétrante formant sous l'ulcération un véritable ménisque rénitent (Fournier).

Mais ce qui caractérise avant tout le chancre de la joue, quelle que soit sa forme, c'est son développement rapide, presque aigu, et la tuméfaction ganglionnaire, souvent très douloureuse, et qui suit presque immédiatement l'apparition du chancre.

Malgré tous ces signes, le chancre buccal peut parfois être confondu avec des ulcérations de nature différente. La confusion pourra être faite le plus souvent avec : 1° l'herpès buccal ; 2° les ulcérations tuberculeuses ; 3° les manifestations syphilitiques secondaires ou tertiaires ; 4° les ulcérations produites par des dents cariées.

Le caractère éphémère des éruptions herpétiques, leur contour polycyclique, l'absence d'induration à la base et d'engorgement ganglionnaire, et enfin la présence de vésicules non

rompues, tous ces signes permettront facilement de distinguer les deux affections.

Les principaux caractères qui distinguent une ulcération tuberculeuse d'un chancre induré de la muqueuse buccale sont : *a)* la multiplicité de ces ulcérations (le chancre est toujours isolé); *b)* l'existence, autour de l'ulcération, de nodules miliaires jaunes ou d'un gris blanchâtre; *c)* la présence de bacilles de Koch dans la sécrétion provenant du fond de l'ulcération; *d)* l'apparition beaucoup plus tardive de l'engorgement ganglionnaire; c'est ainsi que la tuméfaction ganglionnaire consécutive au chancre atteint, en quelques jours, des dimensions qu'on n'observe qu'au bout de quelques mois lorsqu'il s'agit d'ulcérations tuberculeuses.

La multiplicité des manifestations secondaires (plaques muqueuses) et l'apparition presque simultanée de l'exanthème permettront de les distinguer sans peine du chancre.

Les ulcérations syphilitiques tertiaires présentent quelquefois des analogies frappantes avec le chancre buccal, surtout avec sa forme ulcéreuse. Mais la coexistence d'autres manifestations tertiaires, le degré beaucoup moins prononcé de la tuméfaction ganglionnaire, et, enfin, l'aspect même de l'ulcération tertiaire, avec ses bords taillés à pic, comme à l'emporte-pièce, et son fond sale, suffiront le plus souvent pour mettre sur la voie du diagnostic.

Enfin, les ulcérations déterminées par des dents cariées se trouvent toujours dans le voisinage immédiat de ces dents, et leur diagnostic ne présente le plus souvent aucune difficulté. (*Archiv f. Laryngol.*, XII, 1, 1901.) Dr JANKELEVITCH.

Des abcès rétro-pharyngiens chez les nourrissons *(Sulli ascessi retrofaringei nei bambini lattanti)*, par le Dr STRAZZA.

On admet généralement, depuis les travaux de M. Bokai, que les abcès rétro-pharyngiens chez les enfants résultent d'une suppuration des ganglions rétro-pharyngiens qui, selon M. Henle, se rencontrent seulement chez les nouveau-nés, et disparaissent à partir du cinquième mois.

Au XXIXe Congrès de la Société allemande de chirurgie, M. le Dr Most, de Breslau, avait, de son côté, signalé l'exis-

chez tous les sujets et de chaque côté de la ligne
ane, d'un ganglion situé entre la paroi postérieure du
ynx et la colonne vertébrale, à peu près au niveau de
gdale. Dans de rares cas, le nombre des ganglions situés
et endroit est de deux ou trois. Ces ganglions sont
int de départ des abcès rétro-pharyngiens. On trouve, en
, toujours d'après le même auteur, des ganglions très
, situés dans la même région, mais se rapprochant
ntage de la ligne médiane. Ces derniers s'atrophient à
d'un certain âge et ne se rencontrent plus chez des
s adultes, tandis que le ganglion principal existe sur les
res de tout âge. Il est atteint parfois de tuberculose ou
généresconce cancéreuse. »

le professeur Strazza, de Gênes, met en doute, sinon
tence même de ces ganglions rétro-pharyngiens, tout au
s le rôle qu'on leur attribue généralement dans la patho-
des abcès de cette région. Il a eu, notamment, l'occasion
erver 10 cas de cette affection chez des nourrissons dont
ns âgé n'avait pas plus de dix mois, et c'est en se basant
es observations qu'il croit pouvoir expliquer la production
bcès rétro-pharyngiens d'une façon un peu différente
lle qui avait cours jusqu'ici.

division des abcès rétro-pharyngiens en abcès idiopa-
es et abcès secondaires adoptée par M. Bokai n'est pas
ne, car si on range dans la deuxième catégorie tous les
qui se sont formés primitivement en dehors du pharynx,
résulte que ceux qui ont pour origine une soi-disant
ration des ganglions rétro-pharyngiens, situés eux aussi
hors du pharynx, mériteraient également la dénomination
condaires.

ssi M. Strazza propose-t-il une autre division, celle en
intra-pharyngés et abcès extra-pharyngés. Les premiers
ment à distance et n'envahissent que par extension la lu-
du pharynx ; ce sont des abcès consécutifs, par exemple
carie de vertèbres ou autres causes analogues. On les
ntre le plus fréquemment chez l'a lulte. Les abcès intra-
ngés se développent dans les parois même du pharynx et
rvent de préférence, sinon exclusivement, chez les enfants.

Et maintenant, quel est le rôle des ganglions rétro-pharyngiens dans la pathogénie de ces abcès chez les enfants? Lorsqu'on admet, telle que l'ont définie MM. Bokai, Henle, Most, la part de ces ganglions dans la production des abcès en question, et qu'on songe à toutes les chances d'infection auxquelles ils doivent être exposés, vu les rapports qui existent nécessairement entre eux d'une part, et les fosses nasales, les oreilles, le pharynx de l'autre, il est impossible de ne pas être frappé de la rareté des abcès rétro-pharyngiens, rareté qui paraît alors tout à fait inexplicable. D'un autre côté, à tout processus inflammatoire localisé à une portion quelconque des voies respiratoires supérieures, devrait correspondre, sinon une suppuration, tout au moins une tuméfaction, un engorgement des ganglions rétro-pharyngiens, mais jamais, malgré le grand nombre de cas examinés par lui sous ce rapport, l'exploration digitale n'a révélé à l'auteur l'existence d'un moindre ganglion rétro-pharyngien tuméfié ou non. M. Strazza n'a observé qu'un seul cas de suppuration ganglionnaire rétro-pharyngée : il s'agissait d'un ganglion appartenant au groupe situé dans la région carotidienne supérieure et qui, ayant augmenté de volume, avait fini par pénétrer dans la région rétro-pharyngée et en atteindre presque la ligne médiane.

Pour M. Strazza, le point de départ des abcès rétro-pharyngiens se trouve dans les amygdales et en général dans tout ce tissu adénoïde qui entoure le pharynx et dont l'ensemble constitue ce que l'on appelle l'anneau lymphoïde de Waldeyer. Ce tissu adénoïde constitue, surtout chez les enfants scrofuleux ou hérédo-syphilitiques, une faiblesse de l'organisme, et se trouve constamment exposé à l'infection par les nombreux germes qui pullulent dans la bouche, les fosses nasales, le pharynx du nourrisson. Le plus souvent on voit ce tissu subir une hyperplasie qui le rend encore plus vulnérable; dans les cas de ce genre les poussées inflammatoires aiguës augmentent de fréquence et d'intensité et se terminent parfois par un véritable abcès, par l'angine phlegmoneuse ou la périamygdalite phlegmoneuse. Mais, tandis que chez l'adulte l'abcès de l'amygdale tend toujours à se porter vers le voile du palais ou l'un des piliers, on voit chez l'enfant, chez le nouveau-né en particulier,

dont le voile et les piliers présentent des dimensions infiniment plus réduites, le pus se frayer un chemin vers la paroi postérieure du pharynx et déterminer un abcès de cette région.

Les enfants atteints d'un abcès rétro-pharyngien présentent au début des symptômes qui ne laissent nullement soupçonner la vraie affection. Ils présentent une élévation de la température, de l'insomnie, de l'agitation. Il se forme parfois, sur le côté du cou qui correspond au siège de l'abcès, une tuméfaction douloureuse. Plus tard, surviennent des troubles de la respiration et de la déglutition; ces derniers peuvent être assez précoces, lorsque le siège initial de l'abcès est à gauche. Les enfants rendent aussitôt le lait qu'ils prennent et finissent par ne plus pouvoir téter, à cause de l'augmentation de la gêne respiratoire qui en résulte. Le diagnostic peut être posé assez facilement par la simple inspection, mais on fera bien de pratiquer toujours l'examen digital. Dans les cas où l'abcès a fini par s'étendre à toute la région rétro-pharyngée, il sera facile, dans la plupart des cas, d'en déterminer l'origine, car le côté où il a débuté est presque toujours plus tuméfié que l'autre. Après s'être assuré par un interrogatoire minutieux et l'examen de la colonne vertébrale qu'il ne s'agit pas d'un abcès secondaire, d'un abcès par congestion, on procédera à l'ouverture de la collection purulente.

La plupart des auteurs conseillent l'ouverture par la voie externe, soit au niveau du bord postérieur du muscle sterno-mastoïdien (MM. Chiene, von Burns), soit au niveau de son bord antérieur (Burckhardt jr). Ces procédés externes auraient pour but d'assurer le drainage et de mettre l'opérateur à même de surveiller la cavité et d'empêcher l'extension de l'abcès vers le médiastin. Mais cette dernière considération qui paraîtrait fondée, si l'abcès rétro-pharyngien était dû aux causes que lui attribuent M. Bokai et autres, perd beaucoup de son importance lorsqu'on admet, avec M. Strazza, qu'il s'agit là d'une affection purement locale, limitée aux tissus propres du pharynx.

Aussi ce dernier auteur recommande-t-il l'ouverture de l'abcès par la bouche. Il se sert à cet effet d'un trocart légè-

rement courbe et de moyen calibre, à l'aide duquel il vide l'abcès dans sa partie la plus déclive; on évite de cette façon la pénétration du pus dans le pharynx. Il fait ensuite avec un bistouri, également recourbé et introduit en se guidant sur la canule du trocart, une longue incision de bas en haut, il en résulte une large incision, qui permet à l'abcès de se vider complètement et l'empêche de se reformer. Les résultats qu'il a obtenus grâce à ce procédé ne laissent rien à désirer. (*Archiv. ital. di otol.*, XI, 1, 1901.) Dr JANKELEVITCH.

CAVITÉS ACCESSOIRES

Quelques considérations sur la sinusite frontale chronique et l'opération d'Ogston-Luc, par le Dr COMPAIRED.

A l'occasion de deux cas de sinusite frontale chronique qu'il vient de traiter chirurgicalement et avec succès, M. Compaired fait une étude de cette affection, étude particulièrement documentée au point de vue bibliographique.

Dans un chapitre où il étudie la configuration de la région frontale, l'auteur indique les conséquences cliniques des dispositions anatomiques des cavités sinusiennes. Il passe ensuite en revue les différentes causes susceptibles de provoquer un empyème frontal (traumatisme, affections nasales, galvanocautérisation, localisation primitive ou non de la grippe, etc.).

Pour M. Compaired, le signe subjectif le plus important de la sinusite frontale est la douleur dont il indique les différents caractères. Mais, évidemment, cette dernière n'a de valeur que si elle est complétée par l'éclairage du sinus, éclairage qui n'a pas lui-même une valeur absolue, et par l'examen de la fosse nasale correspondante. Cet examen donne des notions très précieuses au point de vue du diagnostic. La présence du pus dans le méat moyen, ses caractères un peu spéciaux qui le feraient distinguer du pus provenant du sinus maxillaire, l'existence de dégénérescence polypoïde dans le voisinage de l'infundibulum, sont des signes de probabilité que, d'ailleurs, viennent confirmer ou détruire le cathétérisme et le lavage du sinus. Quant à la ponction exploratrice, bien que certains rhinologistes compétents en soient partisans, elle doit être plutôt délaissée, car elle n'est pas sans inconvénients et dangers.

Après avoir indiqué les complications possibles de l'affection sinusienne : méningite, accidents oculaires, stomacaux, M. Compaired insiste sur les accidents pulmonaires. Il cite des noms : Brindel, Volpillac, et parle du tableau statistique des autopsies de Lapalle, etc.

On peut opposer à cette affection le traitement médical. Dans les cas invétérés, le traitement chirurgical s'impose et a notamment donné à l'auteur d'excellents résultats dans ses deux cas personnels. Sa technique est la suivante : pour les téguments externes, il combine deux incisions (une verticale, de Mayo-Collier, et l'autre horizontale, d'Ogston-Luc). Il nous paraît, d'après ce que nous avons pu observer un grand nombre de fois à la clinique de la Faculté de Bordeaux, que c'est peut-être là un luxe d'incisions inutile en règle générale, et dont l'esthétique du patient est loin de bénéficier. Une seule incision se perdant dans le pli sourcilier doit presque toujours suffire.

L'ouverture des tissus osseux, le curettage de la cavité, M. Compaired les a pratiqués avec des instruments un peu spéciaux. Les gouges, en effet, sont coudées à leur partie inférieure et portent en un point de leur manche un support qui permet de les mieux saisir et fixer.

L'auteur propose également un nouveau modèle de sonde pour le sinus.

Dans le cours de l'opération, il place un drain qui fait communiquer le sinus et la fosse nasale, le laisse plusieurs jours et tamponne sa fosse nasale de gaze iodoformée. On peut, semble-t-il, encore simplifier ce temps de l'opération. M. Moure, en effet, a depuis longtemps supprimé drain et tamponnement, ce dont il s'est bien trouvé.

M. Compaired termine son intéressant travail, en rapportant les diverses opinions émises au Congrès annuel de l'Association médicale britannique (août 1899) au sujet du diagnostic et traitement de la sinusite frontale chronique. Il cite aussi de nombreux auteurs : Waggett, Snow, Nourse, Mayo-Collier, Bryan, Herbert-Tilley, Kipp, Thomson Saint-Clair, etc. (*El Siglo med.*, 10, 17, 24 mars 1901.)

Dr G. Liaras.

Sinusite maxillaire droite d'origine dentaire, avec issue d'une racine dentaire par les voies naturelles au cours d'un lavage; insuccès des lavages; cure radicale par la méthode de Luc, par le Dr SARGNON, de Lyon.

A propos d'un cas de ce genre opéré par le Dr Gangolphe, l'auteur décrit sommairement l'opération de Caldwell-Luc (cure radicale de la sinusite maxillaire chronique). Il en montre les avantages : suppression de la fistule buccale et guérison rapide. (Soc. des sciences méd. de Lyon, séance du 20 mars 1901, *in Lyon méd.*, n° 17, 28 avril 1901.) Dr BRINDEL.

CROUP ET DIPHTÉRIE

Considérations générales au sujet du bacille de Lœffler, par le Dr VICENTE LLORENTE.

L'auteur pose les conclusions que voici :

1° L'existence de la pseudo-membrane est un symptôme important qui fait songer à la diphtérie, mais ne suffit pas pour qu'on puisse affirmer ce diagnostic; aussi, toutes les fois que la chose sera possible, doit-on faire l'examen bactériologique.

2° L'absence des fausses membranes ne doit pas non plus faire éliminer le diagnostic de diphtérie; l'existence des croups primitifs en est une preuve incontestable.

3° Ce que l'on sait des localisations primitives du bacille de Lœffler et la constatation des signes généraux qui les accompagnent ont une grande importance pour le diagnostic de la diphtérie.

4° On sait quelles sont les conditions qui favorisent la multiplication du bacille de Lœffler; on sait l'influence du repos et des oscillations de la température : ces conditions biologiques permettent d'expliquer les localisations primitives de la diphtérie.

5° La variété clinique des diphtéries s'explique par la variété des espèces microbiennes, celle aussi des moyens de défense de chaque sujet.

6° Enfin, la diphtérie peut être grave soit par l'intoxication qu'elle provoque, soit par la localisation qu'elle a affectée. (*Bolet. de laringol.*, n° 2, 1901.) Dr G. LIARAS.

Bordeaux. — Impr. G. GOUNOUILHOU, rue Guiraude, 11.

22e ANNÉE. N° 28. 13 JUILLET 1901.

REVUE HEBDOMADAIRE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

SUR UN CAS DE MASTOÏDITE SANS OTITE[1]

Par le Dr Ch. LENHARDT, du Havre.

Dans la séance tenue par la Société française de laryngologie, le 5 mai 1896, à la suite d'une communication faite par M. Lubet-Barbon sur *les abcès mastoïdiens sans suppuration de la caisse*, une discussion s'éleva au sujet de la pathogénie de ces abcès. L'auteur du travail, ainsi que M. Lermoyez, leur attribuait la même pathogénie qu'aux otites suppurées; l'opinion de M. Gellé était qu'il peut y avoir des mastoïdites sans qu'il existe rien dans la caisse; M. Luc rappelait qu'en tous cas le temporal n'est, pas plus qu'un autre os, à l'abri des ostéites fongueuses, et il appuyait, d'accord en ceci avec M. Lubet-Barbon, sur le peu de précision de nos données diagnostiques dans ces cas.

Depuis cette époque on a publié plusieurs observations sur le même sujet; la majorité a trait à des mastoïdites suppurées consécutives à des otites simplement catarrhales. Les auteurs parlent de troubles auditifs, de rougeur de la membrane du tympan, etc., élucidant ainsi la pathogénie de l'accident qu'ils décrivent et montrant le chemin suivi par l'infection : trompe, caisse et aditus. Quant à la cause qui a arrêté le léger suintement séreux de la caisse, tout en

1. Travail communiqué à la Société française de laryngologie, mai 1901.

poussant l'inflammation des cellules mastoïdiennes jusqu'à la suppuration, elle est restée dans l'obscurité. Cependant rien n'est plus clair, si l'on accepte l'idée émise par le professeur Dieulafoy.

Dans une séance de l'Académie de médecine[1], ce maître a dit, discutant l'origine d'un abcès cérébelleux : « C'est par la trompe d'Eustache que s'infecte l'oreille moyenne ; si le canal de la trompe d'Eustache s'oblitère, la cavité close est constituée, l'exaltation de virulence en est généralement la conséquence. » Et plus loin : « Mais les cavités de l'oreille, l'antre et les cellules mastoïdiennes, se prêtent admirablement au processus des cavités closes secondaires, à échéances plus ou moins éloignées. » S'appuyant sur cette appréciation des faits, il est donc permis de croire que la suppuration ne se produira qu'en arrière de l'obstruction constituant la cavité close, et que, si l'étranglement se produit au delà de l'aditus, on se trouvera en présence d'une mastoïdite suppurée accompagnant une otite de peu de gravité.

Voilà une explication pour les cas dans lesquels on peut affirmer, soit par les commémoratifs, soit par des signes certains, le catarrhe de la caisse. Mais elle n'est guère valable pour d'autres, comme celui qui fait le sujet de cette observation.

Observation. — Le 4 octobre 1900, je fus demandé par mon ami le Dr Frottier, médecin de l'hôpital Pasteur, pour visiter avec lui une de ses malades qu'il croyait atteinte de mastoïdite.

Mme D..., âgée de cinquante ans, est obèse, sujette à des névralgies fréquentes et prétend que des douleurs rhumatismales dans les muscles de la cuisse l'empêchent de marcher. Depuis trois semaines, elle se plaignait de douleurs dans toute la moitié gauche de la tête, descendant du sommet pour s'irradier dans la fosse temporale et la région mastoïdienne. Ces douleurs avaient été si violentes qu'en l'absence du médecin ordinaire on avait fait dans cette région, dépourvue de tissu sous-cutané lâche, une injection de morphine, dont la malade se plaint encore. Le jour

1. 26 juin 1900.

où fut pratiqué l'examen, la sensibilité persistait et avait envahi le sterno-mastoïdien; le simple attouchement du cuir chevelu suffisait à l'exaspérer. L'oreille gauche était un peu moins accolée au crâne que la droite, mais fort peu; la peau qui recouvre l'apophyse mastoïde était blanche, légèrement œdématiée; la pression sur la base ou la pointe produisaient une douleur plus légère que l'effleurement avec les doigts de la région temporo-pariétale.

Le conduit auditif n'était pas déformé, il était large et indolore sur toute sa longueur; la M.T. un peu creuse, sans rougeur, sans traces d'exsudat. L'audition de la parole, bonne d'ordinaire, n'avait pas diminué.

Weber médian.

Rinne positif; un peu plus court à gauche.

Montre $0^{m}05$ *à droite*, $0^{m}02$ *à gauche*.

Pas de bourdonnements, peu ou pas de fièvre, beaucoup d'agitation, surtout nocturne. Le début de la maladie n'avait suivi, ni grippe, ni pharyngite, ni coryza, ni aucun de ces accidents qui mettent sur la voie d'une infection. Après discussion le diagnostic de zona fut admis.

24 octobre. — Rappelé par mon confrère, je trouve l'état général semblable, la M.T. et le conduit indemnes, des douleurs persistantes et le décollement du pavillon un peu augmenté; de plus, à la hauteur du conduit, un point rouge marquait la peau; l'œdème était plus mou, sans fluctuation. Pas de ganglion induré; pas de rougeur dans le reste du territoire douloureux. Evidemment, l'origine des douleurs était le point œdématié. Aussi, tout en faisant appliquer une réfrigération continue, commençâmes-nous à prévenir la malade d'une opération possible, opération que je pensais devoir s'arrêter au périoste.

3 novembre. — Incision de Wilde, qui donne issue à une très petite quantité de pus, mais permet de sentir avec un stylet des rugosités osseuses et même une dépression qui pourrait être l'orifice d'une fistule. Pansement iodoformé.

6 novembre. — Ouverture; corticale mince, s'effondrant au premier coup de gouge; aussi l'évidement fut-il continué à la curette seule, tellement l'os était friable. Les cellules superficielles contenaient du pus, dont la poursuite conduisit l'instrument jusqu'à l'antre, avec lequel la communication existait, mais qui ne contenait pas de fongosités. Le nettoyage fut fait avec des tampons d'ouate pour éviter l'injection; le reste du pansement comme d'ordinaire; tamponnement à la gaze iodoformée. Les suites furent simples;

la guérison était totale le 29 décembre. Elle avait cependant été entravée par un érysipèle qui avait débuté la veille de l'opération ; la malade, quoique fort lourde, était impatiente et constamment agitée ; elle avait déplacé le pansement posé sur la première incision, et la plaie s'y était trouvée tamponnée avec ses cheveux. D'ailleurs, cet érysipèle, traité par une pommade à l'ichthyol, se guérit, récidiva et mit un mois à disparaître complètement.

Aujourd'hui la santé de la malade est rétablie ; l'audition n'a pas changé.

Quelle est la cause de la suppuration mastoïdienne dans ce cas? Peut-on lui attribuer une origine pharyngienne malgré l'absence de toute inflammation de ce côté? Faut-il, au contraire, comme le conseillait M. Luc, penser à une cause plus générale, comme une ostéite rhumatismale?

A un autre point de vue, cette observation viendrait à l'appui des conclusions posées par M. Lubet-Barbon en 1896 au sujet de la lenteur des poussées inflammatoires. Dans un travail publié en 1893, M. Lacoarret[1] insistait aussi sur cette lenteur. Or la malade dont il s'agit ici souffrait depuis le 10 septembre, et la trépanation n'a eu lieu que le 6 novembre, deux mois après, sans que l'on eût jamais craint de propagation endo-cranienne, et sans progrès rapide des lésions. Cette particularité devait être notée, quoique son utilité pour le diagnostic soit discutable.

PSEUDO-VERTIGE DE MÉNIÈRE

ET ALGIE MASTOÏDIENNE HYSTÉRIQUE ASSOCIÉS[2]

Par le Dr **André BOUYER**,
Ex-interne des Hôpitaux de Bordeaux, médecin aux Eaux de Cauterets.

OBSERVATION. — Marie X..., âgée de trente-six ans, ne présente aucun antécédent héréditaire notable, pas même névropathique.

1. *Annales de la policlinique de Toulouse.*
2. Travail communiqué à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, 14 juin 1901.

Elle-même a eu une simple varicelle à quatre ans, une légère fièvre typhoïde à six ans. Sa puberté a été quelque peu critique et tardive. Les premières règles sont survenues vers quatorze ans, accompagnées de violentes crises de céphalée à type migraineux, et d'un changement subit dans le caractère, qui devint dès lors impressionnable et émotif.

A quinze ans, se place un incident important. La malade eut, à cette époque, une contracture de tout le membre supérieur gauche, survenue brusquement à la suite d'un léger traumatisme de la main. Cette contracture, de nature franchement hystérique, immobilisait le bras, l'avant-bras, la main et les doigts dans une flexion complète et permanente de tous ces segments les uns sur les autres. Elle céda à la métallothérapie, à l'application de quelques pièces de monnaie d'or sur l'avant-bras.

Rien de particulier à noter dans la suite. Pas d'accidents auriculaires, jamais de crises convulsives.

Il y a trois ans, survint le premier vertige.

La malade lavait le plancher de sa cuisine, se trouvant dans la position à genoux, lorsqu'elle ressentit subitement dans l'oreille droite un sifflement aigu qu'elle compare à un sifflet de locomotive. En même temps elle voyait tous les objets environnants tourner autour d'elle, entraînés dans un mouvement giratoire; au milieu de cet état vertigineux, elle était prise d'un vomissement pénible, avec efforts, et s'abattait lourdement sur le sol, la face en avant. Elle n'eut pas de perte de connaissance, aucune tendance à la syncope, pas de pâleur du visage; au contraire, elle conserve le souvenir très net d'avoir eu à ce moment la sensation de violentes bouffées de chaleur lui monter au visage. Il lui fut impossible de se relever et de reprendre son équilibre. Elle resta ainsi cinq jours en proie à ce vertige et au sifflement auriculaire, avec vomissements fréquents dans la journée, et dut garder le lit durant ce temps, se trouvant dans l'impossibilité complète de pouvoir reprendre la position verticale et de s'orienter dans sa marche. Ajoutons, d'après elle, que son audition du côté droit fut diminuée; la malade est très affirmative à ce sujet.

Dans la suite, et durant la période de trois ans qui s'est écoulée depuis cette première crise jusqu'à ce jour, ces mêmes phénomènes se sont reproduits à intervalles plus ou moins rapprochés, avec certains caractères nouveaux, en particulier avec l'apparition d'une douleur mastoïdienne droite. Cette douleur est née brusquement un matin, au réveil, sous forme d'une plaque hyperesthésique, un mois après le premier accident vertigineux. La malade, en se levant,

éprouva une douleur assez vive sur toute l'apophyse, douleur qui s'exaspérait au moindre frôlement du peigne à ce niveau et au plus léger contact de la serviette, rendant ainsi impossible la toilette de cette région. Peu à peu cette douleur spontanée disparut, se réveillant cependant à certains moments, à l'occasion d'un nouveau vertige; mais l'hyperesthésie devait persister d'une manière permanente jusqu'à il y a quelques jours, car le plus léger attouchement éveillait une sensibilité anormale sur la mastoïde droite. Les crises vertigineuses reprirent également dans la suite un caractère un peu particulier. Elles revenaient sous forme de paroxysmes, avec le même cortège (sifflements, vomissements, chute avec propension à tomber à droite), avec une durée variant de quelques secondes à quelques minutes; elles laissaient dans leur intervalle une sorte d'état vertigineux dans lequel la malade n'éprouvait que de légers bourdonnements dans l'oreille droite, mais conservait une hésitation très grande dans la marche, en proie à une sorte de long étourdissement. Son état général resta indemne. Malgré les vomissements répétés et une légère diminution d'appétit, il n'y eut pas d'amaigrissement notable. Mais, il y a six mois, les crises vertigineuses devinrent plus rapprochées dans leur apparition; la malade, se trouvant dans l'impossibilité de se livrer à une occupation quelconque, se décida à entrer à l'hôpital Saint-André.

Elle fut placée dans la salle de M. Arnozan, et de là envoyée à la clinique de M. Moure. Après un examen dont nous reparlerons plus loin, qui révéla l'intégrité absolue de l'oreille et fit porter le diagnostic d'accident névropathique, on se décida à employer, dans le service de M. Arnozan, un moyen suggestif. On procéda à une pseudo-opération ; on pratiqua une légère incision superficielle dans le sillon rétro-auriculaire droit, et on appliqua un pansement complet. Le vertige et la douleur mastoïdienne disparurent durant trois ou quatre jours, mais ne tardèrent pas à reparaître avec leurs anciens caractères. Il y a un mois, espérant rendre définitive cette ancienne amélioration passagère, on renouvela la pseudo-opération sur le côté gauche. Le lendemain, l'hyperesthésie tout en persistant à droite, faisait son apparition sur la mastoïde gauche. Les bourdonnements et le sifflement se produisirent dans cette oreille, tout en persistant à droite, sans aucune modification dans l'intensité et la fréquence, constituant encore l'aura sensorielle de la grande crise vertigineuse.

État actuel. — La malade est obligée de garder le lit. Les périodes d'accalmie sont de plus en plus rares et courtes. Elle nous raconte qu'elle a presque continuellement la sensation de se trouver

sur un bateau. Dans son lit même, il lui semble par moment que tout oscille autour d'elle, avec une sorte de mouvement de tangage ou de roulis. Elle éprouve de fréquents bourdonnements dans l'oreille droite et aussi dans l'oreille gauche depuis la pseudo-opération de ce côté. De loin en loin, survient une crise vertigineuse paroxystique. Il se produit alors un sifflement strident dans l'oreille droite, un mouvement giratoire de tous les objets environnants; si elle est debout, elle tombe du côté droit, et glisse même quelquefois dans la ruelle du lit quand elle est couchée. Elle ne perd pas connaissance. En observant sa démarche, on constate qu'elle présente des caractères assez variables. Tantôt elle est titubante, ébrieuse, incoordonnée même; tantôt elle est marquée de véritables faux pas, d'accrocs, ou bien encore la malade sent une de ses jambes mollir, faiblir. Elle s'effondre alors sur le côté droit; mais, toujours, d'après ses dires, elle a la sensation d'un sol mouvant et se compare à un sujet marchant sur un bateau par une mer agitée. Elle redoute un peu la traversée de grands espaces, de la cour de l'hôpital par exemple, car il lui semble alors que son état vertigineux redouble d'intensité. Nous l'avons observée sans être vu d'elle à la descente d'un escalier. Elle use d'un véritable stratagème, s'assied sur les marches et les descend en se soulevant sur ses mains, en se laissant glisser, pour ainsi dire à la manière d'un cul-de-jatte. Ajoutons que, debout, les yeux fermés, la malade présente une instabilité plus grande et un état vertigineux encore plus accentué. La mastoïde droite n'est plus hyperesthésique; la gauche l'est toujours. La douleur actuellement n'est point spontanée, mais le moindre frôlement éveille une sensibilité douloureuse très vive. Le contact d'un objet froid ou chaud, la piqûre à l'épingle sont insupportables. La douleur provoquée est nettement limitée à l'apophyse et ne s'étend pas au pavillon; particularité intéressante, on ne peut exercer la plus légère traction sur les cheveux à ce niveau, alors que partout ailleurs on peut les tirer et presque les arracher sans éveiller la moindre sensibilité. La portion cartilagineuse du conduit est légèrement hyperesthésique, le tympan et la caisse paraissent avoir une sensibilité normale.

La sensibilité spéciale du goût, de l'odorat, du toucher, ne présente aucune anomalie. Rien du côté de la vue. Aucun trouble sensoriel (exception faite des bruits subjectifs de l'oreille). Du côté de la sensibilité objective, outre les deux plaques hyperesthésiques de la mastoïde, on trouve deux autres zones hyperesthésiques et symétriques aux deux bosses frontales, et peut-être une légère hypoesthésie de tout le membre supérieur droit. Les

réflexes (pupillaire, pharyngien, abdominaux, rotuliens) sont normaux; pas de trépidation épileptoïde; pas de nystagmus; sens musculaire et stéréognostique normaux. Champ visuel rétréci. Léger tremblement des doigts, pas de tremblement intentionnel. Pas de zones hystérogènes, même au niveau de la plaque hyperesthésique mastoïdienne.

État psychique. — Le caractère essentiel de la mentalité de notre malade est la mobilité. Elle passe brusquement des larmes au rire. Par moments, elle pleure et se lamente sur son état et, tout à coup, sous un motif le plus souvent futile, elle est prise d'un véritable rire incoercible. Elle présente une particularité intéressante : elle ne peut entendre certains propos malsonnants sans éprouver une sorte de dégoût, qui se traduit immédiatement par un effort de vomissement et un état nauséeux. La vue de certains objets provoque le même phénomène; en particulier la vue des crachoirs, durant les premiers temps de son séjour dans la salle de l'hôpital, lui produisait le même effet.

Du côté de l'appareil circulatoire, rien de particulier. Bruits du cœur normaux. Timbre du claquement valvulaire aortique normal. Pouls régulier, à tension normale.

L'examen des urines n'a révélé aucune trace de sucre ou d'albumine.

Rien du côté de l'appareil pulmonaire.

Examen de l'oreille. — La malade a été conduite à plusieurs reprises à la clinique otologique de M. Moure. L'examen fonctionnel a révélé une perception cranienne droite et gauche normale. L'audition de la montre est normale à gauche. A droite, elle est variable suivant les jours. Nous avons constaté, et cela sans que la malade puisse simuler, que certain jour, et d'une manière constante dans toute la journée, la montre n'était entendue qu'à 1 centimètre, alors que, le lendemain, elle était entendue à 10 centimètres, et cependant, à chaque fois, la voix chuchotée était entendue à une distance absolument normale. Le diapason-vertex est également perçu des deux côtés, cependant avec des vibrations faibles; il paraissait latéralisé à droite. Le Rinne est positif des deux côtés. Bourdonnements et sifflements déjà signalés. Au spéculum, pas de lésions du conduit ou de la caisse. Aucune trace de sclérose, tympan normal; au spéculum Siegle, on constate une mobilité normale de la chaîne. Les trompes sont perméables. L'épreuve du sifflet de Galton montre une audition de sons aigus normale.

L'examen de l'œil, pratiqué à la clinique ophtalmologique, n'a révélé aucune lésion de l'organe ou anomalie de la fonction.

Du côté de l'appareil digestif, pas de dilatation d'estomac, un peu de constipation habituelle. Appétit très diminué. État général excellent. La malade, quoique mangeant très peu, conserve son embonpoint ordinaire et ne maigrit pas.

En résumé, l'observation que nous venons de rapporter nous met en présence d'une jeune femme sans antécédents héréditaires névropathiques, ayant eu une contracture hystérique au moment de la puberté, et qui est prise, il y a trois ans, d'un vertige *sans perte de connaissance,* précédé d'un sifflement dans l'oreille droite, accompagné de chute, de vomissements *et suivi d'une surdité* nettement appréciée par la malade. Ce vertige, depuis cette époque, se renouvelle à intervalles plus ou moins rapprochés, sous forme de crises paroxystiques, laissant après lui une sorte d'état de mal vertigineux, avec instabilité de la marche et bourdonnements dans les oreilles. Quelque temps après sa première apparition, une plaque hyperesthésique est venue brusquement se localiser sur l'apophyse mastoïde droite. Un simple moyen suggestif, une légère incision du derme a pu faire cesser pendant quelques jours ces accidents. En revanche, une deuxième pseudo-opération de même nature, faite du côté de l'oreille gauche, a suffi pour y faire apparaître l'aura sensorielle, le bourdonnement et le sifflement, ainsi que l'hyperesthésie mastoïdienne, en même temps que la chute se modifiait et se faisait de ce côté.

C'est sur cet aspect clinique et sur cette évolution de ces accidents que nous avons établi le diagnostic. En ce qui concerne les phénomènes vertigineux, nous retrouvons la pléiade symptomatique complète du syndrome de Ménière, sous forme de type pour ainsi dire continu et paroxystique. Ce n'est cependant qu'un pseudo-vertige labyrinthique. L'examen fonctionnel et l'examen objectif de l'oreille nous révèlent l'intégrité absolue de l'oreille interne. Le diapason-vertex n'est pas latéralisé, la perception cranienne est normale. Aucune lésion, et en particulier aucune lésion scléreuse, ne

paraît exister dans l'oreille moyenne. Il n'existe donc pas de substratum organique auriculaire aux phénomènes que nous étudions. Par contre, les antécédents particuliers de la malade, son ancienne contracture du membre supérieur gauche, sa psychicité spéciale, le rétrécissement du champ visuel nous permettent de soupçonner l'hystérie. L'évolution même de ce vertige semble confirmer ce diagnostic. Le passage de l'aura sensorielle, du sifflement et du bourdonnement dans l'oreille gauche, après une légère incision du tégument dans le sillon rétro-auriculaire de ce côté, révèlent bien la nature purement névropathique de ce vertige.

Quant à la plaque hyperesthésique de l'apophyse mastoïdienne, elle paraît rentrer dans le cadre de celles que nous avons récemment étudiées avec notre confrère et ami le Dr Liaras, sous le nom d'« Algies hystériques de la mastoïde »[1]. Elle appartient à la catégorie de celles qui surviennent chez des sujets dont l'oreille ne présente aucune lésion organique. Comme toutes ces algies mastoïdiennes, elle a eu un début brusque, elle est diffuse, et en nappe, ne correspond à aucune déformation de la région, à aucun changement d'aspect des tissus. Dans ce cas particulier, les phénomènes sensoriels, sifflement et bourdonnement, ont été pour ainsi dire son point d'appel. Elle leur est intimement unie, puisqu'elle a pu disparaître avec eux momentanément d'un côté et apparaître en même temps qu'eux sur le côté opposé. Il y a donc là une véritable association clinique qui constitue chez cette malade un syndrome otique d'hystérie.

1. Algies hystériques de la mastoïde, pseudo-mastoïdites (*Rev. hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 13 et 20 avril 1901).

SOCIÉTÉ DANOISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE

Séance du 23 janvier 1901.

1° **M. E. Schmiegelow. — La rhinite fibrineuse** est une inflammation de la muqueuse nasale qui s'accompagne de la formation de membranes blanches, solides, adhérentes. Cette affection peut survenir à la suite d'une opération avec des instruments mal désinfectés, il s'agit alors d'une infection par staphylocoques ou streptocoques. Mais il existe encore une variété de cette affection, qui se produit d'une façon spontanée, s'observe de préférence chez les enfants et évolue d'une façon latente, sans produire des troubles généraux bien marqués et ne se manifestant que par de l'obstruction nasale, avec hypersécrétion. Cette forme de rhinite fibrineuse est le plus souvent de nature diphtérique.

Le 12 novembre 1900, l'auteur a observé le cas suivant de rhinite fibrineuse diphtérique. Une fillette de douze ans, dont la santé générale restait toujours bonne, était atteinte depuis quelques mois de coryza chronique avec obstruction de la fosse nasale droite. L'état général est excellent, la fillette se plaint seulement de temps en temps d'un léger mal de tête. Elle n'a jamais eu de fièvre et continuait à fréquenter l'école. L'affection nasale persistait malgré les douches pratiquées tous les jours. L'orifice nasal droit présente une excoriation sanguinolente. Toute la fosse nasale droite est remplie de membranes blanches, épaisses, qui recouvrent complètement la muqueuse des cornets inférieur et moyen et de la cloison. Ces membranes sont très adhérentes et ne peuvent s'enlever que par morceaux ; en les enlevant, on produit une légère hémorragie de la muqueuse sous-jacente. La fosse nasale gauche est normale, de même que le pharynx et le naso-pharynx. Pas de ganglions uméfiés au niveau du cou. Pas de fétidité ni de fièvre. Comme l'état de la malade ne s'améliorait pas, malgré les injections et les badigeonnages au menthol, on pratiqua alors l'examen bactériologique des membranes, et on constata la présence du bacille de la diphtérie. On fit immédiatement une

injection de sérum, et au bout de cinq jours la malade était complètement guérie.

2° Un enfant de cinq ans entre dans la clinique pour un coryza très violent. Santé générale bonne. L'examen rhinoscopique révèle l'existence d'une *rhinite fibrineuse* dans la partie la plus postérieure de la fosse nasale droite; l'examen bactériologique montre la présence du *bacille de la diphtérie*. Au bout de quelques jours, survint une angine pseudo-membraneuse.

Comme il existe, à côté de la rhinite fibrineuse diphtérique, une forme non diphtérique, due exclusivement au staphylocoque et au streptocoque, la confusion entre ces deux formes devient très facile, et seul l'examen bactériologique pourra lever le doute. A l'appui de cette proposition, l'auteur cite :

3° *Un cas de rhinite fibrineuse non diphtérique.* — Enfant de cinq ans, sorti depuis quinze jours de l'hôpital d'isolement, où il avait été soigné pour une scarlatine. Depuis lors, il est atteint d'obstruction nasale, avec hypersécrétion. A l'examen rhinoscopique, on constate, sur la cloison et sur le cornet inférieur, quantité de pseudo-membranes blanches; pharynx et naso-pharynx sains. État général bon. L'examen bactériologique ne révèle que des staphylocoques et des streptocoques ; pas de bacilles Löffler. L'enfant fut traité au moyen d'injections et d'insufflations de nitrate d'argent. Au bout de trois semaines, les membranes avaient disparu et l'enfant était guéri.

M. Klein. — **Cas de syphilis maligne du palais et du bord alvéolaire.**

La malade, âgée de vingt-cinq ans, bien portante jusque-là, fut infectée en 1897; a subi 50 frictions mercurielles. En 1898, elle a eu de larges ulcères sur le corps; a pris 150 pilules mercurielles. En 1900, plaies sur le voile du palais et au cou; 45 frictions. Vers la fin de la même année 1900, la malade se présente avec une large perforation du voile du palais et d'autres plus nombreuses et plus petites sur la voûte palatine. Gencives très enflées, dents mobiles, surtout les incisives et les molaires du maxillaire supérieur, dont les gencives sont atteintes de nécrose. Les dents elles-mêmes paraissent solides

et saines. Traitement mixte à l'iodure et au mercure, au cours duquel la perforation s'est nettoyée ; la malade a perdu cinq dents et un séquestre d'un centimètre et demi s'est éliminé du maxillaire supérieur.

M. Jörgen Möller. — Cas de paralysie du crico-aryténoïdien postérieur.

Le malade était atteint d'enrouement et de troubles de la déglutition. A l'examen laryngoscopique, on constata que la corde vocale droite était en position médiane très nette. Il existait un léger état catarrhal, avec parésie consécutive du thyro-aryténoïdien interne. A l'autopsie, on trouva que le récurrent était englobé dans un gros sarcome. A l'examen microscopique, on put constater une dégénérescence très prononcée des adducteurs et des aryténoïdiens postérieurs. Les deux muscles crico-thyroïdiens, ainsi que les deux articulations aryténoïdiennes, étaient parfaitement sains. La musculature du vestibule présentait également un état de dégénérescence, de sorte que ces muscles ne pouvaient, dans ce cas, recevoir leur innervation que du nerf laryngé inférieur.

M. Schmiegelow ne croit pas qu'on soit autorisé à considérer, dans le cas en question, la position médiane comme une conséquence de paralysie récurrentielle totale, car alors on aurait dû trouver, à l'examen microscopique, une dégénérescence unilatérale complète des adducteurs. Ces derniers se présentent bien comme dégénérés; mais, pour l'auteur, la dégénérescence est loin d'être complète, car on trouve çà et là des faisceaux musculaires bien conservés ; autrement dit, il s'agit d'un processus de dégénérescence progressive, si l'on veut, mais non encore terminé, et tant que les adducteurs renferment des faisceaux actifs, les cordes vocales se trouvent en état de tension, et ce n'est que lorsque la dégénérescence devient complète qu'elles prennent la position cadavérique. C'est ce qui serait probablement arrivé si le malade avait vécu plus longtemps. L'auteur voit dans ce cas une nouvelle confirmation de la loi de Semon. (D'après *Monats. f. Ohrenheilk.*, n° 3, 1901.)

Dr Jankelevitch.

ANALYSES DE THESES

Des corps étrangers des fosses nasales, par le Dr Victor David.

Après un court résumé anatomique de l'appareil olfactif et quelques données générales sur la manière dont se produit l'olfaction, l'auteur en arrive à l'objet de son travail, qui portera seulement sur les corps étrangers proprement dits et non sur les rhinolithes.

Il définit donc : corps étrangers des fosses nasales ceux qui y pénètrent soit par les narines, soit par les arrière-fosses nasales, soit enfin par les téguments.

La nature des corps étrangers introduits dans les fosses nasales est très variée. On peut les diviser en : 1° corps étrangers organiques pénétrant par les narines ou par les arrière-fosses nasales; 2° corps étrangers inorganiques pénétrant par les narines ou par les arrière-fosses nasales, ou par les téguments.

Dans ce dernier mode de pénétration, il s'agit de corps étrangers qui, après avoir fait une plaie, se sont logés dans les fosses nasales.

Généralement, l'introduction d'un corps étranger n'occasionne guère, au début, que des phénomènes peu accusés. Aussi le malade oublie ou néglige de penser à ce nouvel habitant de sa cavité nasale, et, pendant ce temps, les altérations et les désordres commencent à se produire.

La sécrétion nasale est modifiée, mais d'un côté seulement. Après avoir été muqueuse, elle devient muco-purulente et exhale une odeur fétide. Une des deux narines est plus ou moins complètement obstruée; en même temps, il existe de la diminution de l'odorat qui peut aller jusqu'à l'anosmie complète.

D'autres troubles du côté du canal nasal, du côté du voile du palais, du côté des oreilles, peuvent se produire, mais ils sont inconstants. Les douleurs ressenties sont généralement sourdes, irrégulières et sans exacerbation nocturne; elles peuvent aussi affecter la forme de migraines et de névralgies faciales.

On constate rarement des déformations extérieures du nez. A l'examen rhinoscopique, la muqueuse est rouge, tuméfiée, mamelonnée et saignant facilement. Le corps étranger lui-même est entouré par un bourrelet muqueux et enduit de pus et de grumeaux caséeux.

Un bon signe de diagnostic sera l'unilatéralité du coryza chronique. Il faudra savoir distinguer cet ozène particulier d'avec l'ozène vrai. On pourrait confondre les ulcérations de la muqueuse avec des manifestations syphilitiques ou tuberculeuses, avec une tumeur maligne. Mais l'absence d'adénopathie, la lenteur de l'évolution et le bon état général empêcheront la confusion.

En présence d'un corps étranger le médecin doit se conduire suivant la nature, le volume, la forme, la situation de l'objet.

On peut se servir de pinces à griffes droites ou coudées, de curettes de différentes formes, d'un crochet pour strabisme, qu'on glisse délicatement entre la paroi nasale et le corps étranger, et qu'on ramène ensuite en avant. Il est encore possible de refouler le corps étranger dans l'arrière-gorge d'où il est alors craché ou dégluti.

On peut employer aussi les douches d'air et les douches d'eau tiède. Si, malgré tout, le corps étranger résiste, il y a lieu de recourir à une opération sanglante : on incisera dans le sillon naso-génien. (Thèse de Paris, 1900.)

Dr G. Dupond.

Contribution à l'étude du lupus du larynx, par le Dr Durano.

Au début de son travail, l'auteur consacre quelques pages à l'exposé succinct des caractères généraux du lupus vulgaire, dont le lupus du larynx n'est qu'une manifestation. D'après les statistiques publiées, le lupus laryngé s'observe dans une proportion de 9 o/o : il est plus fréquent dans l'âge adulte. On le rencontre surtout dans le sexe féminin. Son début est généralement insidieux ; il passe souvent inaperçu, car il ne provoque pas de douleurs et ne détermine pas, la plupart du temps, de troubles vocaux. Dans la majorité des cas, il reste cantonné dans la région sus-glottique, laissant intactes les cordes vocales.

Cependant, le malade peut présenter de l'enrouement et même de l'aphonie complète, lorsque les cordes sont envahies et ulcérées.

A l'examen laryngoscopique, on constate une pâleur générale de l'organe qui contraste dans le lupus secondaire avec la coloration plus foncée des parties voisines. Sur la muqueuse épaissie et infiltrée, on rencontre tantôt des érosions superficielles, tantôt des ulcérations à fond grisâtre et bourgeonnant, et à bords épais et décollés.

L'épiglotte est surtout atteinte dans le lupus laryngé; elle présente souvent de vastes pertes de substances, ses bords sont déchiquetés.

Les cordes vocales peuvent être rouges, tuméfiées, et présenter des bourgeons et des ulcérations; elles peuvent être atteintes de parésie et même de paralysie.

Le lupus primitif du larynx est très rare; ses symptômes sont les mêmes que ceux du lupus secondaire.

Comme celui de toutes les tuberculoses, le pronostic du lupus laryngé est sérieux. Le fonctionnement de l'organe vocal peut être compromis d'une façon définitive; de plus, il peut se produire de la sténose laryngée avec toutes ses conséquences. Généralement, cette affection évolue lentement et sa durée peut être fort longue.

Il sera toujours utile d'examiner toutes les muqueuses chez les malades porteurs de lupus. Il s'agira ensuite de différencier l'affection des autres laryngopathies susceptibles d'être confondues avec elle.

La tuberculose laryngée envahit surtout la région aryténoïdienne, les bandes ventriculaires et les cordes vocales; la voix est plus altérée que dans le lupus. Il existe souvent de la dysphagie, et l'état général du malade est très compromis.

Le diagnostic différentiel du lupus laryngé avec la syphilis tertiaire est plus difficile, car ces deux affections ont à peu près le même siège, la même tendance à évoluer lentement et insidieusement en détruisant les tissus.

Dans les cas douteux, le traitement spécifique pourra trancher la question.

Il faudra aussi tenir compte des hybrides ou tuberculoses

associées qu'il n'est point rare de rencontrer dans la pratique.

Il sera plus facile de différencier les laryngopathies lupiques des laryngopathies cancéreuses.

A l'examen laryngoscopique on observe des lésions variables suivant qu'il s'agit d'une forme encéphaloïde ou épithélioma-teuse. De plus, l'haleine fétide, l'adénopathie, l'âge du malade et la cachexie permettront d'éviter l'erreur.

Le traitement du lupus du larynx doit être général et local.

Le premier n'est autre que le traitement de la tuberculose pulmonaire. D'après l'auteur, le meilleur et le plus puissant des agents thérapeutiques dirigés contre cette diathèse serait le tanin.

Le traitement local consistera surtout en des pansements intra-laryngiens avec de la glycérine iodée, ou la solution de nitrate d'argent au 1/20, ou la solution de chlorure de zinc au 1/20, ou l'acide lactique à 10 p. 10, ou enfin avec le naphtol camphré à 5 p. 10. (Thèse de Paris, 1900.)

Dr G. Dupond.

REVUE GÉNÉRALE ET ANALYSES

BOUCHE ET PHARYNX BUCCAL

La syphilis du pharynx. Faits cliniques, par le Dr Ch. Lenhardt, du Havre.

L'auteur rapporte quelques observations intéressantes en raison des particularités qu'elles présentent : bizarrerie de la marche des accidents, difficulté du diagnostic, dépendant surtout du siège des lésions. Quant à l'absence de commémoratifs, elle ne doit jamais arrêter le médecin dans l'application du traitement, car le désaveu du malade ne doit pas suffire pour faire écarter le diagnostic de syphilis.

La première observation rapportée par l'auteur est celle d'un malade atteint de syphilides secondaires tardives du naso-pharynx. L'accident primitif remontait à cinq ou six ans. Le malade présentait des plaques muqueuses sur le rebord postérieur du pavillon de la trompe, au-dessus de la fossette de

Rosenmüller et au sommet de la voûte. Les cautérisations au nitrate d'argent à 1/5 eurent raison de ces plaques en quinze jours.

Dans le deuxième cas, il s'agit de syphilides ulcéreuses précoces chez un jeune soldat souffrant d'une gêne légère, mais persistante, de la déglutition. L'aspect du pharynx est le suivant : sur une largeur d'un centimètre à peu près, l'arcade formée par les piliers antérieurs, le voile et la luette, est recouverte d'une bordure jaunâtre à surface irrégulière, à bords supérieurs festonnés. Le reste de la muqueuse a sa teinte normale, sauf un mince liséré d'un rouge pourpre, qui fait ressortir davantage la fausse membrane : celle-ci étant enlevée au moyen d'un pinceau d'ouate, on voit une ulcération peu profonde, à bords droits. La luette est dentelée, comme rongée par un acide. On applique le traitement spécifique : guérison au bout d'un mois.

BOSTON MEDICAL LIBRARY MAR 15 1902

L'auteur rapporte ensuite l'histoire d'un malade qui présentait une gomme ulcérée rétro-pharyngienne.

Vient ensuite le cas d'une femme atteinte de surdité : elle a des bourdonnements dans les deux oreilles, ne peut se moucher que difficilement, ne peut pas cracher par raclage, etc. A l'examen, on trouve sur la paroi postérieure du pharynx une bride très épaisse, d'un rouge pâle, unissant le bord interne des deux piliers postérieurs et remontant derrière le voile du palais. Il s'agissait d'une cicatrice vicieuse, ayant comblé la perte de substance consécutive à la suppuration d'une gomme. On incise la bride au galvanocautère, de haut en bas, sur la ligne médiane, et on donne de l'iodure de potassium. La guérison fut obtenue assez rapidement.

En terminant, l'auteur rapporte un cas de syphilis héréditaire du nez et de la voûte palatine, qu'il a observé chez un garçon de douze ans, qui guérit rapidement par le traitement spécifique. (*Rev. méd. de Normandie,* n° 8, avril 1901.)

Dr F. Ardenne.

Épithélioma des lèvres, par le Dr Sota y Lastra.

L'article publié par le *Boletin de laringologia*, n° 2, 1901, est un chapitre à part du travail actuellement sous presse que l'auteur consacre aux maladies de la bouche et du pharynx.

Nous n'insisterons pas à ce sujet; contentons-nous de remarquer que, cette affection étant bien connue, l'auteur ne pouvait ici faire preuve que de la clarté d'exposition et de la méthode qui lui sont habituelles. Nous avons pu les apprécier déjà dans son ouvrage des *Maladies des fosses nasales*. Quelques détails intéressants, le récit de quelques cas personnels, en excluent la sécheresse habituelle des expositions didactiques.

Dr G. LIARAS.

NEZ ET PHARYNX NASAL

Volumineux fibro-myxome remplissant le cavum émergeant dans l'oro-pharynx et occupant toute la fosse nasale droite, par le Dr R. BOTEY.

L'auteur rapproche le cas qu'il rapporte de celui de Texier (*Rev. de laryngol.*, 1900) et de Depierris (*Archives internat.*, 1901). Ce sont, en somme, des raretés puisque la littérature spéciale n'en relate qu'une vingtaine de cas.

Dans l'espèce, le diagnostic était évident. Il ne pouvait être question d'un polype fibreux, puisque le patient était une femme d'un certain âge. Il manquait aussi les hémorragies abondantes et répétées qui accompagnent cette affection. On aurait pu simplement penser à un myxome, mais la couleur rosée de la tumeur, son opacité, sa consistance relativement grande ne permettaient pas d'admettre que ce puisse être un myxome ordinaire qui aurait envahi le naso-pharynx. Il s'agissait, en réalité et simplement, d'un polype mixte demi-fibreux en sa portion postérieure et myxomateux dans sa partie antérieure. Comme dans les autres cas de ce genre, son insertion était peu solide.

On remarque dans les cas de ce genre la fréquence des prolongements myxomateux, prolongements qui sont souvent pris pour des polypes multiples et indépendants de la néoplasie fibro-muqueuse, développée dans le cavum : le cas de Botey n'a pas échappé à cette règle.

En terminant, l'auteur insiste sur la nécessité et l'avantage qu'il y a à procéder à l'extraction non par section, mais bien par arrachement, étant donnés l'insertion péri-choanale de ces tumeurs, leur pédicule peu volumineux, et la facilité avec

laquelle on les désinsère. La section en est toujours pénible à cause de la consistance du pédicule, ou à cause des difficultés que l'on a à le saisir avec l'anse. Quand le polype a un certain volume, le moyen le plus simple consiste à introduire l'anse dans la fosse nasale, en bien enserrer la tumeur, tirer dessus, pour arracher celle-ci, et l'œuvre se complète à la pince. Le crochet de Lange, l'anse galvanocaustique, les pinces rétro-nasales ne sont indiqués que dans les cas où, par suite de l'étroitesse excessive des fosses nasales, ou pour toute autre raison, on ne peut avoir recours à ce procédé si simple et pratique. (*Bolet. de laringol.*, n° 2, 1901.)

Dr G. Liaras.

Obstruction nasale myxœdémateuse, par le Dr Royet.

L'auteur présente à la Société des sciences médicales de Lyon une pièce provenant d'une femme atteinte de myxœdème, et où l'on peut saisir le mécanisme de l'obstruction nasale par plissement de la muqueuse.

Il fait observer que cette obstruction est à peu près constante chez ce genre de malades, et il croit que bien des symptômes observés chez eux, et que l'on attribue à l'insuffisance thyroïdienne, se rattachent plutôt à l'anohémie d'origine nasale. (*Lyon méd.*, 10 février 1901.)

Dr E. Lafarelle.

De petites lésions nasales donnant lieu à de grands troubles de l'innervation. *(Pequeñas lesiones nasales dan lugar a grandes trastornos de la inervacion)*, par le Dr Alvaro Presta.

L'auteur rapporte deux observations de troubles réflexes à distance.

Dans le premier cas, il s'agit d'un enfant de six ans, robuste et de bon tempérament, sans antécédents héréditaires. Cet enfant respirait la bouche ouverte et avait la respiration accélérée. Cependant il n'avait pas d'amygdales hypertrophiées ni de végétations adénoïdes.

A l'examen rhinoscopique on voyait seulement que toute la muqueuse nasale était turgescente, avec des arborisations vasculaires et recouverte d'épaisses mucosités. Sous l'influence de la cocaïne les phénomènes réflexes disparaissaient. On pratiqua

des cautérisations linéaires de la muqueuse avec le galvano-cautère, qu'on fit suivre de douches nasales avec une solution chaude de chlorure d'ammoniaque à 1 o/o. Sous l'influence de ce traitement les troubles respiratoires disparurent et n'ont pas reparu depuis deux ans.

Dans le second cas, il s'agit d'un médecin de trente-deux ans, de tempérament lymphatico-nerveux, sans antécédents pathologiques particuliers. Ce malade se plaignait de faiblesse musculaire, de céphalalgie, de dyspepsie, de constipation opiniâtre, d'hypocondrie, d'obstruction nasale, de dyspnée avec ralentissement du pouls.

Il ne présentait cependant rien d'anormal dans la gorge, le pharynx, la trachée, les bronches et les poumons. On trouvait seulement dans le nez des points douloureux. La muqueuse des cornets était légèrement hypertrophiée, fortement colorée et excessivement sensible au contact.

Des pulvérisations de poudre d'orthoforme et de menthol suffirent pour faire disparaître tous les symptômes.

Ces réflexes nerveux à distance sont beaucoup plus fréquents qu'on ne le croit généralement. Ainsi que l'attestent les nombreuses observations publiées sur l'asthme, les névralgies variées, l'épilepsie d'origine nasale, la laryngite striduleuse, les vomissements réflexes et la neurasthénie. (*Rev. de med. y chir.*, février 1901.)

Dr G. Dupond.

CAVITÉS ACCESSOIRES

De l'hyperostose naso-orbitaire, signe de la distension du sinus frontal, par E. Rollet.

La production osseuse, dont parle M. Rollet, a son centre au niveau du plancher du sinus frontal, dans les points où le frontal s'unit aux os nasaux, à l'apophyse montante, à l'unguis, à l'ethmoïde. Elle élargit la racine du nez, efface l'angle supéro-interne de l'orbite, et, doublée en arrière d'une tuméfaction fluctuante, elle donne un facies tout particulier; ce facies est pathognomonique soit d'un mucocèle, soit d'un empyème du sinus frontal dont la marche a été lente et qui s'est accompagné de dilatation sinusienne.

M. Rollet ne croit pas que cette affection soit le résultat d'une

malformation congénitale. Il pense plutôt que, dans le cas de mucocèle, l'inflammation de la muqueuse du sinus ou de son canal est primitive et que les altérations osseuses sont secondaires. Il y a donc d'abord canaliculite et hypersécrétion sinusienne inflammatoire; ces productions, se vidant mal par un canal rétréci, s'accumulent dans le sinus et le dilatent peu à peu. Or, la muqueuse du sinus présente à sa face profonde une couche fibreuse qui jouirait du privilège de s'ossifier. Sous l'influence de poussées inflammatoires, le plancher du sinus s'hypertrophie, mais la paroi inférieure cède et est déjetée en avant du kyste, qui apparaît dans l'orbite.

On ne confondra pas cette affection avec l'ostéome ou l'exostose syphilitique. Dans ces deux derniers cas, l'altération osseuse n'est point limitée à la région naso-orbitaire, et la collection liquide fait défaut. (*Lyon méd.*, 31 mars 1901.)

Dr G. Liaras.

Un cas d'ethmoïdite suppurée avec sinusite frontale maxillaire et sphénoïdale.

M. de Greift présente un opéré parfaitement guéri de ces sinusites multiples. Depuis plusieurs années, le malade était soigné pour une affection de l'estomac. L'auteur croit que cette gastrite, très améliorée depuis l'intervention, était due surtout à la présence dans l'estomac de pus dégluti. (Société de médecine d'Anvers, *in Progrès méd. belge,* janvier 1901.)

Dr G. Dupond.

LARYNX ET TRACHÉE

La trachéotomie en cas de diphtérie, par le Dr Van Iterson, professeur de chirurgie à l'Université de Leyde.

Dans les cas de diphtérie, l'auteur pratique de préférence la trachéotomie inférieure et, en général, sous la narcose chloroformique.

Aussitôt la trachée ouverte, on cesse le chloroforme. On fait alors bâiller la plaie trachéale au moyen de deux crochets, et, à l'aide de longues pinces portant de petits morceaux d'éponge, on essuie la trachée et même, s'il en est besoin, les deux grosses bronches. Par le frottement contre les parois trachéales, on

attire ces membranes à l'extérieur, la toux réflexe fait le reste. On termine cet écouvillonnage avec une éponge stérilisée garnie d'iodoforme. On peut aussi nettoyer de la même façon, s'il en est besoin, les voies respiratoires situées au-dessus de l'ouverture trachéale.

Après ce nettoyage, on introduit une canule d'un diamètre aussi grand que possible. Ce procédé peut être aussi employé comme soins post-opératoires lorsqu'un nouvel exsudat fait prévoir une récidive de sténose trachéale.

Le Dr Van Iterson a obtenu de nombreux succès par ce mode de traitement. Il rapporte deux nouvelles observations qui montrent l'efficacité de ce procédé. D'après lui, la vie de nombreux enfants fut sauvée par le nettoyage des grosses voies respiratoires. Ces soins post-opératoires exigent beaucoup d'attention : le principal est de bien écarter la plaie trachéale et de ne pas blesser la trachée pendant qu'on la nettoie et en réintroduisant la canule.

L'auteur a constaté que les résultats de ses trachéotomies se sont améliorés dans ces dernières années, bien que les injections de sérum aient réduit les indications opératoires.

Actuellement, avant d'intervenir, on attend que l'injection de sérum ait pu produire une amélioration, à moins qu'il y ait danger immédiat de mort, mais on ne laisse jamais mourir un enfant sans l'opérer. (*Journ. de chir.* et *Ann. de la Soc. belge de chir.*, janv.-fév. 1901.)

Dr G. Dupond.

Compression et déviation de la trachée par un cancer du corps thyroïde; tubage et trachéotomie, par **M. Casella,** interne des hôpitaux.

L'auteur présente à la Société des sciences médicales de Lyon des pièces provenant d'une femme âgée de soixante-trois ans, atteinte d'une tumeur thyroïdienne ayant évolué en trois mois. Six jours après son entrée à l'hôpital, la malade fut prise brusquement de dyspnée intense avec cyanose.

L'intubation du larynx pratiquée n'a donné aucun résultat. On retira aussitôt le tube et l'on pratiqua la trachéotomie sous-cricoïdienne, mais il fut impossible de faire pénétrer la canule complètement, et la malade mourut par asphyxie.

A l'autopsie, on constata que la trachée, fortement déviée, décrivait un arc de cercle à concavité droite, et qu'elle était en outre tordue, sa face antérieure regardant à gauche.

Cette inflexion de la trachée déterminait la formation de deux coudes : le tube laryngien a dû buter contre le premier et la canule se heurtait au second ; il eût été préférable, dans ce cas, d'introduire une canule molle, une sonde œsophagienne par exemple, qui se serait prêtée aux inflexions anormales de la trachée. (*Lyon méd.*, 10 février 1901.)

Dr E. LAFARELLE.

Un cas rare de corps étranger de la trachée *(Ueber einen seltenen Fall von Fremdkörper der Luftröhre)*, par le Dr G.. DIEHL.

La malade, âgée de vingt-deux ans, se coupa, il y a deux ans, dans une tentative de suicide, le larynx à l'aide d'un couteau de cuisine. Il en était résulté, entre les cartilages thyroïde et cricoïde, une plaie tellement large qu'on fut obligé d'introduire deux canules, dont une put être enlevée au bout de quelque temps, tandis que la partie inférieure de la plaie s'étant transformée en fistule, l'autre canule a été laissée à demeure, et la malade l'a toujours gardée depuis. Il faut ajouter que pendant son séjour à l'hôpital, elle a été atteinte de diphtérie laryngée, ce qui avait nécessité une nouvelle trachéotomie, de sorte que pendant quelque temps la malade avait de nouveau porté deux canules.

Elle se présenta chez l'auteur deux ans après les événements relatés tout à l'heure, pour lui demander une nouvelle canule, l'ancienne s'étant cassée. A l'inspection, il constate l'existence d'une cicatrice très large, épaisse, adhérente aux tissus sous-jacents et qui, commençant au niveau du bord supérieur du cartilage thyroïde, s'arrête à trois travers de doigt du creux épigastrique, dont elle est séparée par la fistule déjà décrite. Immédiatement au-dessous du cartilage thyroïde, cette cicatrice est croisée par une autre, longue de 4 centimètres, et résultant de l'ancienne tentative de suicide. L'orifice de la canule introduite dans la fistule débouche à peu près au niveau même où les femmes portent habituellement une broche. La respiration s'accomplit par cette canule avec un bruit vésiculaire assez fort, la voix est complètement aphone, la parole à peine intelligible.

excellent. L'extraction et l'introduction de la
ınt un accès de toux extrêmement violent,
la face. L'extraction de la canule est suivie
l'angoisse avec dyspnée très prononcée. La
obligée de porter la canule cassée, en atten-
eçoive une autre pareille, car toute tentative
canule dont la forme diffère de celle de l'an-
mmédiatement les troubles déjà décrits. Deux
ı introduit une nouvelle canule en argent qui,
· commande spéciale, était de 1/2 centimètre
'ancienne. L'introduction se passa sans acci-
le put retourner chez elle. Le soir, l'auteur fut
ıâte et il lui fut raconté que la malade, ayant
ıe canule et réintroduit l'ancienne, celle-ci,
ɛrieur était cassé, glissa dans la trachée et la
ıté de l'extraire avec les doigts ne fit que la
ıs; ne sachant plus que faire, elle introduisit
ɛ, la poussant avec force, jusqu'à ce que l'an-
ɛtement disparu dans la trachée. L'auteur la
ans son lit, sans le moindre trouble respira-
uls était un peu accéléré; le corps étranger
a bronche droite, car l'auscultation révélait
du bruit respiratoire dans la moitié droite de
peu à droite de la bifurcation on percevait un
. était dû, probablement, à ce que l'air venait
er contre le corps étranger. Un peu de muco-
la canule. Les tentatives d'extraction soit avec
ec un crochet n'ont donné aucun résultat, car
n de la canule occasionnait un accès de suffo-
. donc l'opération au lendemain. La malade
cellente, sans le moindre trouble de la respi-
aignit seulement d'une sensation de compres-
lu sternum. L'auscultation révéla les mêmes
le. Nouvelles tentatives d'extraction pendant
ure, mais de nouveau sans résultat. On
le à entrer à l'hôpital, afin qu'on pût, au
de la respiration, être prêt à pratiquer la
ıs retard. Mais on n'a pas eu à recourir

à cette dernière opération, la malade ayant elle-même, quelques heures après son entrée à l'hôpital, expulsé la canule dans un accès de toux. Elle sortit complètement rétablie au bout de sept jours. (*Münch. med. Wochens.*, nº 13, 1901.)

Dr JANKELEVITCH.

Un cas de sténose fatale consécutive à l'intubation dans un cas de papillomes du larynx *(A case of fatal stenosis of the larynx following intubation for papilloma)*, par le Dr F. L. WACHENHEIM.

Enfant de deux ans, atteint de dyspnée depuis un an. Il avait été traité jusque-là par l'intubation, et cela pendant plusieurs semaines, après quoi son état se serait plutôt aggravé. L'examen laryngoscopique est impossible, non pas à cause de la résistance de l'enfant, mais parce que l'épiglotte, très tendue et repliée sur elle-même, cache complètement l'entrée du larynx. On pose le diagnostic de papillomes et on dit aux parents de ramener l'enfant au bout de trois jours. Ils reviennent au bout d'une semaine, au cours de laquelle les troubles respiratoires se sont particulièrement aggravés. On engage les parents à laisser l'enfant à l'hôpital, afin qu'on soit prêt à le trachéotomiser à la moindre alerte, mais ils préfèrent le ramener chez eux, promettant de revenir le surlendemain. L'enfant est mort subitement au bout de quarante-huit heures, probablement de suffocation.

On put pratiquer l'autopsie douze heures après la mort.

La lumière du larynx était tellement rétrécie qu'elle laissait à peine passer une sonde; l'épiglotte était pliée, épaissie et tirée en bas. La muqueuse était anémiée, surtout à la paroi antérieure. La corde vocale droite est représentée par un petit nodule irrégulier, la corde gauche est remplacée par une masse friable, ayant l'aspect verruqueux et le volume d'un petit pois. Il existe des rétrécissements cicatriciels au-dessous des aryténoïdes. Les bandes ventriculaires ont perdu leur relief et ne se distinguent plus des ventricules de Morgagni. Malgré l'absence presque complète des cordes, la glotte est obstruée par le rétrécissement cicatriciel et la tumeur, dont le volume est assez modéré. La trachée ne présente rien d'anormal, le corps thyroïde est également normal.

L'aspect général du larynx pouvait faire penser qu'on se trouvait en présence d'un cas de tuberculose laryngée. Cependant la commissure postérieure est rarement normale dans cette affection, sans parler que la tuberculose du larynx est elle-même exceptionnellement rare chez des enfants de cet âge. Les coupes de la masse friable ne présentaient que des cellules épithéliales, mais pas de tissu tuberculeux, ni de cellules géantes, ni de tissu de granulation, ni de bacilles.

Une coupe faite à travers toute la région de la corde vocale gauche a montré cette corde considérablement raccourcie et un peu épaissie, son tissu connectif abondamment infiltré de cellules rondes, son tissu élastique diminué et le tissu fibreux augmenté en quantité. L'épithélium de la surface supérieure ne présente aucune tendance à envahir les couches plus profondes, mais est lui-même hypertrophié. La couche papillaire était aplatie. De grosses papilles d'une longueur de 1 millimètre et demi très fragiles, se trouvaient sur la surface supérieure.

Il s'agissait, en somme, d'une atrophie et d'une destruction de la plus grande partie du larynx, avec rétrécissement cicatriciel de l'organe.

Comme ce n'est évidemment pas le papillome, tumeur essentiellement bénigne, qui peut être incriminé, force nous est d'accuser les manœuvres répétées d'intubation comme ayant produit les modifications pathologiques décrites plus haut.

Aussi bien l'auteur déconseille-t-il l'intubation chez les enfants, non certes d'une façon absolue, mais considérée comme moyen exclusif de traitement des papillomes du larynx. L'intubation, d'ailleurs, ne constitue qu'un moyen palliatif. Pour obtenir un résultat complet, on se trouvera bien mieux et on fera courir aux malades beaucoup moins de risques, en ayant recours à l'intervention chirurgicale, et des trois procédés recommandés, l'ablation par les voies naturelles, par le curettage ou la galvanocautérisation, la trachéotomie avec ablation consécutive par en haut et par en bas, la thyrotomie, avec ou sans trachéotomie préalable, l'auteur trouve le second seul indiqué chez les enfants; le

premier ne pourra être appliqué que chez les adultes ou les grands enfants, et, lorsqu'il n'y a pas d'urgence, le troisième est dangereux. (*Med. Record*, 23 mars 1901.)

Dr JANKELEVITCH.

OREILLES

Un cas de gangrène sèche partielle de la membrane du tympan consécutive à un traumatisme *(Sopra un caso di gangrena secca parziale della membrana timpanica consecutiva a trauma)*, par le Dr S. MONSELLES.

Il s'agit d'un médecin qui, à la suite d'un coup reçu sur l'oreille gauche, eut une rupture de la membrane du tympan dont il put s'assurer aussitôt lui-même en pratiquant le procédé de Valsalva, et éprouva des bourdonnements intenses et une sensation vague de vertige. Pendant les jours qui suivirent, les bourdonnements et le vertige n'ont fait que s'accentuer ; les bourdonnements étaient perçus non seulement dans l'oreille lésée, mais aussi et avec la même intensité du côté opposé ; le malade avait une démarche quelque peu incertaine et éprouvait du vertige et des nausées dans n'importe quelle position, surtout à la suite de certains bruits, comme ceux produits par les omnibus et les voitures. Certains sons lui étaient désagréables et lui causaient même des douleurs, tels les cris des marchands ambulants, etc.

L'auteur eut occasion de l'examiner le lendemain de l'accident. Il existait une légère tuméfaction de la région massétérine gauche et le tragus tuméfié et endolori rendait pénible l'introduction du spéculum. La membrane du tympan présentait une perforation presque transversale dans son segment postéro-supérieur, à peu de distance du ligament tympano-malléolaire postérieur et presque parallèle à celui-ci. Les bords de la perforation étaient couverts de caillots de sang ; il existait une légère rougeur autour de l'apophyse courte du marteau et dans la région de la membrane flaccide, ainsi que le long du manche du marteau. Tout le reste de la membrane apparaissait parfaitement normal. Examen fonctionnel : W. latéralisé à gauche ; R. — à gauche, + à droite ; Schwabach prolongé à gauche ; voix aphone perçue à 6 mètres à droite, à

50 centimètres à gauche; montre à battements faibles perçue à 1 mètre à droite, à 3 centimètres à gauche; acoumètre de Politzer perçu à 12 mètres à droite, à 35 centimètres à gauche. L'examen avec les diapasons révéla également une diminution considérable de l'ouïe à gauche. L'auteur posa le diagnostic de rupture traumatique de la membrane du tympan, avec légère commotion labyrinthique bilatérale. Il considéra toutefois la lésion labyrinthique comme relativement peu grave et limitée seulement aux fonctions statique et dynamique du labyrinthe. Mais il n'en fut pas moins réservé dans son pronostic, vu que les troubles purement auditifs observés dans ce cas étaient beaucoup plus graves qu'ils ne le sont ordinairement dans les ruptures de la membrane du tympan. Il admit donc la possibilité d'une lésion de l'appareil de transmission, inaccessible au diagnostic, telle que la lacération d'un vaisseau sanguin, avec extravasation interstitielle dans la muqueuse endotympanique (peut-être dans le voisinage de la fenêtre ovale), ou quelque altération des articulations des osselets. L'auteur se contenta d'insuffler dans le conduit auditif un peu d'iodoforme et de le fermer avec un tampon. Il surveillait le malade tous les jours, sans arriver à découvrir la moindre sécrétion. Tout paraissait aller bien : les douleurs ont disparu dès le deuxième jour, les vertiges et l'hyperesthésie acoustiques allaient également en s'atténuant, seuls les bourdonnements persistaient toujours. Au bout de quinze jours, l'auteur pratique une injection avec une solution de bicarbonate de soude à 1 o/o, à l'effet d'enlever la poudre d'iodoforme et les grumeaux de sang desséchés. Cette injection provoque des douleurs assez vives et une nouvelle sensation de vertige, qui dure quelques minutes. En inspectant alors la membrane du tympan, l'auteur trouve qu'à la place où existait autrefois la perforation on constatait maintenant une rougeur plus marquée que sur le reste de la membrane. Il put s'assurer que l'injection avait produit une rougeur sur la périphérie de la membrane du tympan, le long du manche du marteau, dans le voisinage de la courte apophyse et un peu dans la partie centrale des segments antérieurs; au contraire, le segment postéro-inférieur et la partie inférieure du segment postéro-supérieur étaient beaucoup

plus pâles et ne semblaient pas avoir réagi à l'irritation produite par le lavage. L'examen fonctionnel ne révéla aucune amélioration. Pendant les jours suivants, l'auteur s'aperçut que la partie de la membrane qui n'avait pas réagi à l'injection paraissait aussi moins brillante et tendait à prendre une coloration gris sale. Ces phénomènes allaient en s'accentuant, et, au bout de quelques jours, cette zone se trouvait entourée d'une ligne rougeâtre, qui devenait de plus en plus nette. Il s'agissait, évidemment, de nécrose d'une partie de la membrane. En effet, quelques jours plus tard, vingt-huit jours après le traumatisme, cette partie s'est détachée spontanément, laissant à sa place une perte de substance uniforme, occupant presque tout le segment postéro-inférieur et une partie du postéro-supérieur. La muqueuse de la caisse apparaissait à peu près normale. L'auteur eut d'abord l'idée de pratiquer la myringoplastie, mais y renonça bientôt, sur le conseil d'un de ses confrères, et laissa les choses en état, en recommandant au malade d'avoir toujours le conduit auditif bouché par un tampon d'ouate et en lui prescrivant les bains de mer. Au bout de six semaines les bourdonnements avaient complètement disparu, l'ouïe s'était également améliorée d'une façon considérable. Les bords de la perforation ont pris peu à peu un caractère cicatriciel, et la perforation elle-même diminua de beaucoup, sans toutefois se refermer complètement. Il est à remarquer que le malade n'a jamais eu la moindre affection auriculaire et avait toujours eu l'ouïe parfaite. (*Archiv. ital. di laringol.*, n° 2, 1901.)

Dr JANKELEVITCH.

Des traumatismes du conduit auditif dus à des lésions du maxillaire inférieur *(Die durch Unterkieferläsionen verursachten Gehörgangsvorletzungen)*, par le Dr HASSLAUER.

Sur 33 cas de traumatismes du conduit auditif par lésions du maxillaire inférieur réunis par l'auteur, le coup avait porté sur le menton 22 fois, et 7 fois sur les côtés du maxillaire.

Dans les observations personnelles de l'auteur, il y avait : 1 fois un coup reçu sur la joue droite avec le bois d'un fusil, 1 fois chute d'une fenêtre sur la moitié droite de la tête et la

région sous-maxillaire droite, 1 fois coup sur la moitié droite de la tête, le malade s'étant heurté contre une porte.

Le traumatisme du conduit auditif est facilité par l'extrême minceur de sa paroi osseuse antéro-inférieure, par l'absence de molaire et la fermeture de la bouche au moment de l'accident. La lésion consiste quelquefois en un simple écrasement ou fracture sous-cutanée de la paroi antérieure du conduit; le plus souvent, c'est une fracture compliquée d'une déchirure de la peau ou une fracture en esquilles, avec pénétration dans le conduit de la tête articulaire luxée. On observe, en outre, des ecchymoses de la membrane du tympan, la rupture de la membrane par propagation de la fissure au segment antéro-inférieur et, par contre-coup, au segment postéro-supérieur. La fracture se propage quelquefois à la paroi supéro-interne de la caisse (lésion du labyrinthe), à la trompe osseuse, à l'apophyse mastoïde et même à la base du crâne. Dans 2 des cas observés par l'auteur, il s'agissait d'une fracture de la paroi antéro-inférieure du conduit, compliquée d'une déchirure de la peau; dans un troisième cas, il existait en cet endroit une simple contusion avec tuméfaction, tandis que la fissure se dirigeait en arrière, à travers l'os tympanal, et était compliquée d'une déchirure de la peau au niveau de la paroi postérieure du conduit. L'auteur décrit les symptômes et la marche de ces lésions, et attire l'attention sur ce fait que les hémorragies, même abondantes, de l'oreille ne sont pas toujours l'indice d'une fracture de la base du crâne. En ce qui concerne le traitement, l'auteur se prononce contre toute sorte d'injection, tant qu'il n'y a pas d'otorrhée. (*Zeits. f. Ohrenheilk.*, XXXV, 4, et *Archiv f. Ohrenheilk.*, Band LI, nos 2-3.)

Dr JANKELEVITCH.

Mastoïdite. Abcès sous-dural. Phlébite suppurée du sinus latéral. Ligature de la jugulaire interne. Curettage du sinus. Hernie cérébrale. Guérison, par le Dr LOMBARD et H. CABOCHE, interne des hôpitaux.

Il s'agit d'une jeune fille, de seize ans, atteinte d'otorrhée. Quelques jours après le début de l'écoulement, apparaissent de la douleur rétro-auriculaire, de la céphalée et des nausées. Les symptômes augmentant, elle est portée à l'hôpital, présen-

tant tous les signes d'un abcès mastoïdien avec accidents méningés.

A l'opération, on trouve la mastoïde complètement remplie de pus; de plus, il existe une collection extra-durale. On fait l'évidement pétro-mastoïdien. Le sinus latéral mis à nu, de couleur jaune noirâtre, ne bat pas. Après ligature de la jugulaire, le bout supérieur, qui est thrombosé, est curetté. Tamponnement à la gaze iodoformée. Préalablement on avait perforé la dure-mère cérébelleuse en arrière du sinus latéral, mais on n'avait pas trouvé de pus.

Toute la cavité opératoire est bourrée de gaze iodoformée.

Quinze jours après, au moment de faire la plastique du pavillon, apparaît une hernie cérébrale qui, augmentant peu à peu, comble toute la cavité opératoire. Un mois après son apparition, la hernie avait le volume d'une mandarine.

On a constaté que toutes les cautérisations et les irritants employés contre la tumeur cérébrale n'ont fait que l'augmenter de volume et l'infecter. Les soins de propreté antiseptiques et la compression ont suffi pour arrêter son développement, la faire rétrocéder, et amener l'épidermisation. Actuellement, la cicatrice qui recouvre la hernie cérébrale fait une saillie du volume d'une amande, animée de battements. Cette saillie est molle, fluctuante, complètement réductible.

La tumeur n'a entravé en rien la cure de l'otorrhée.

Enfin, il n'y a pas eu de retentissement définitif sur l'état nerveux ou mental de la malade. (*Ann. des mal. de l'oreille*, avril 1901.)

Dr G. DUPOND.

Paralysies oculaires et otites, par le Dr DE LAPERSONNE.

Le retentissement de l'oreille interne sur les centres oculomoteurs est aujourd'hui nettement démontré. C'est ainsi qu'on peut expliquer le nystagmus et certaines paralysies qui ont été observées au cours des otites. L'auteur rapporte l'observation d'un cas de paralysie du grand oblique, au cours d'une otite. (Congrès d'ophtalmologie, *Bull. méd.*, mai 1901.)

Dr G. DUPOND.

Bordeaux. — Impr. G. GOUNOUILHOU, rue Guiraude, 11.

22e ANNÉE. N° 29. 20 JUILLET 1901.

REVUE HEBDOMADAIRE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

DE L'ABLATION EXTEMPORANÉE DES AMYGDALES ENCHATONNÉES SURTOUT CHEZ LES JEUNES ENFANTS[1]

Par le Dr Louis VACHER, d'Orléans.

Au mois de mai 1899, j'ai eu l'honneur de vous présenter une pince coupante pour le morcellement des amygdales enchatonnées, et d'appeler votre attention sur les services qu'elle rend pour curetter complètement la loge amygdalienne, quel que soit l'âge du sujet.

Depuis cette époque, j'ai continué mes recherches sur cette question. J'ai fait un nombre considérable d'ablations d'amygdales par ce procédé. J'ai obtenu des résultats excellents, dans tous les cas, chez l'enfant et chez l'adulte. C'est pour cela que je viens aujourd'hui, après plus de trois ans d'expérimentation, vous exposer mon procédé dans tous ses détails et vous montrer ses avantages.

Il est bien entendu que je ne parle pas des amygdales pédiculées, pour l'ablation desquelles le procédé de choix est certainement l'anse chaude. Cette note ne concerne que les amygdales enchatonnées, à peine saillantes entre les piliers, bien qu'elles arrivent au contact à chaque contraction spasmodique du pharynx. Nous savons tous combien la présence

1. Travail communiqué à la Société française de laryngologie, mai 1901.

de pareilles amygdales cause de complications pharyngiennes et otiques. Elles produisent et entretiennent les pharyngites, les otites moyennes purulentes, etc.; elles causent les amygdalites ou les péri-amygdalites phlegmoneuses, dont le point de départ est souvent la fossette sus-amygdalienne.

Qu'il me soit permis de rappeler ici quelques données anatomiques au sujet de cette fossette, décrite en premier lieu par Sappez, mais particulièrement étudiée par His qui l'a désignée sous le nom de *fossa supra tonsilaris* et que j'appelle « coupole amygdalienne ».

Cette fossette domine le pôle supérieur de l'amygdale et s'étend sur une profondeur et une hauteur variables avec chaque sujet.

Limitée en avant et masquée par le pli triangulaire dont le sommet se perd dans le voile du palais, la base s'insère sur le bord de la langue, et le bord postérieur se fixe sur la partie moyenne de l'amygdale, en se confondant avec elle, cette cavité, véritable coupole amygdalienne, a une profondeur de 10 à 25 millimètres.

Elle se dirige en haut et en arrière, sur la face postérieure du péri-staphylin interne, en avant du pharyngo-staphylin. Son fond est voisin de la fossette de Rosenmüller, qui a avec elle la plus grande analogie d'origine et de structure (Poirier). Cette fossette, quand elle existe, se fait remarquer par son large orifice et la paroi lisse de sa cavité, qui ne renferme qu'une couche mince de tissu adénoïde, aplati ou trabéculaire (Poirier).

On se rend compte de son existence en saisissant le pôle supérieur de l'amygdale avec la pince à griffes spéciales de Saint-Germain, ou un simple crochet, et en l'attirant en dedans. L'amygdale quitte sa loge et paraît libre dans son pôle supérieur, qui constitue le plancher de la fossette supra-tonsillaire, le plancher de la coupole. Mais il est rare qu'il en soit ainsi. Le plus souvent le pôle supérieur a contracté de multiples adhérences avec la coupole. Un stylet pénètre entre

ces trabécules sans pouvoir contourner le sommet de l'amygdale. La fossette supra-tonsillaire se trouve alors remplacée par plusieurs *récessus supra-tonsillaires*, *la coupole amygdalienne est cloisonnée.* Cependant elle peut communiquer par des trajets ininterrompus, plus ou moins directs, avec une fossette sous-amygdalienne ou *fossa triangularis* de Ilis. Je m'en suis rendu compte en injectant un liquide coloré au fond de la coupole; le liquide ressortait à la base du pli triangulaire, après avoir suivi la paroi externe de la loge amygdalienne.

Les récessus supra-tonsillaires ont une grande importance parce qu'ils sont le point de départ des abcès péri-tonsillaires et des flegmons péri-amygdaliens. En effet, les cryptes amygdaliennes qui regardent la coupole contiennent très souvent des produits caséeux plus ou moins concrets. Ces cryptes s'enflamment à la suite de causes multiples, suppurent et provoquent une véritable amygdalite lacunaire aiguë. Si la loge est libre, ce qui n'existe que 5 fois sur 100 d'après Killian, les produits de ces amygdalites circonscrites s'évacuent par l'espace libre de la fossette supra-tonsillaire; mais si cette fossette est adhérente en maints endroits à l'amygdale, le pus, les matières caséeuses cherchent une issue dans les tissus voisins, et produisent rapidement l'angine phlegmoneuse et les péri-amygdalites phlegmoneuses par infection de voisinage.

Au Congrès de 1900, Ricardo Botey, de Barcelone, a fait sur ce sujet une communication intéressante. Il a insisté particulièrement aussi, et d'autres avant lui, sur la nécessité de libérer la fossette supra-tonsillaire, en extirpant le tiers ou la moitié supérieure de l'amygdale.

Les principaux travaux publiés ces dernières années tendent, si je ne me trompe, à incriminer plus particulièrement la moitié supérieure de l'amygdale dans les amygdalites et péri-amygdalites phlegmoneuses ou à répétition, soit que l'on soutienne, avec Chiari, que l'angine phlegmoneuse

siège rarement sur l'amygdale, que son lieu de prédilection est en dehors et en haut, au fond de la loge supra-tonsillaire, soit qu'on admette, avec de nombreux auteurs, qu'elle n'envahit cette région qu'après infection profonde de quelques cryptes amygdaliennes, du pôle supérieur de l'amygdale ou à la suite d'angine parenchymateuse aiguë.

Entre l'amygdalite phlegmoneuse aiguë et la péri-amygdalite phlegmoneuse, il est difficile d'établir une véritable ligne de démarcation. Pour moi, ce sont les deux degrés de la même infection : le premier relativement léger, borné à la glande, pouvant l'envahir cependant tout entière; le second plus sérieux, quelquefois grave, envahissant les tissus en contact avec la glande, surtout dans son pôle supérieur, le voile du palais, la luette, pour se terminer quelquefois, mais très rarement il est vrai, par l'adéno-phlegmon latéro-pharyngien.

Cette péri-amygdalite est rare chez l'enfant et chez le vieillard, mais très fréquente de quinze à quarante ans. On peut donc en prévoir la possibilité chez les enfants porteurs de volumineuses amygdales enchatonnées, sujets à des poussées d'amygdalite aiguë lacunaire ou parenchymateuse. La meilleure manière de prévenir un danger est d'en supprimer la cause. Il devient donc tout naturel d'enlever le tiers ou la moitié de l'amygdale enchatonnée jusqu'au fond de la loge.

Chez les petits enfants, la présence d'amygdales enchatonnées volumineuses est un danger encore plus sérieux que la péri-amygdalite phlegmoneuse, car l'amygdalite simple, les angines qui accompagnent les fièvres éruptives, provoquent ou favorisent les complications otiques. Je n'ai pas à insister sur la gravité de leurs conséquences au point de vue de l'intégrité de l'audition ou des complications méningées.

Nous sommes donc en présence d'un problème dont les données nous sont connues, et dont l'unique solution est l'ablation de l'organe cause de tout le mal présent et à venir.

Mais les amygdales remplissent certaines fonctions physiologiques que nous ne connaissons pas encore complètement. Il peut paraître utile d'en respecter une partie, bien que la fonction d'un organe malade soit probablement abolie, bien que l'ablation complète des amygdales palatines n'en prive pas complètement l'organisme et qu'elles soient suppléées par les amygdales linguale et pharyngée. C'est donc la moitié ou les deux tiers supérieurs de l'amygdale qu'il faut extirper jusqu'au fond de la loge en libérant complètement la coupole.

Depuis plus de trois ans, j'ai toujours agi de même. Le nombre de mes opérations d'amygdales dépasse un millier et je n'ai jamais observé d'hémorragie sérieuse, de complications d'aucune sorte avec mon procédé.

Dans le traité tout récent d'Escat, de Toulouse, se trouvent décrits les principaux procédés employés pour l'extirpation des amygdales. Les avantages et les inconvénients de chacun sont très judicieusement exposés, ainsi que le procédé de choix pour chaque cas particulier. Au-dessous de huit ans, Escat conseille pour les amygdales libres l'amygdalotome, pour les amygdales enchatonnées le morcelleur de Ruault ou les modèles similaires, réservant l'anse galvanique, le morceleur, le bistouri ou les ciseaux, pour les enfants plus âgés et pour les adultes.

Comme tous les auteurs qui l'ont précédé, Escat avoue les grandes difficultés que l'on éprouve chez les petits enfants porteurs d'amygdales enchatonnées. Le plus petit numéro d'amygdalotome les effleure ou blesse les piliers ; le morceleur ne peut se manier dans ces petites bouches ; on ne peut curetter le fond de la loge. — Pour les enfants au-dessous de quatre ans on est presque désarmé, tandis que mon procédé donne chez eux des résultats parfaits, bien supérieurs à tous ceux obtenus jusqu'à ce jour.

Ce procédé est bien simple. Au lieu du morceleur de Ruault, excellent instrument quand on a de l'espace, mais qui, cependant, ne permet pas de curetter le fond de la loge,

car avec lui on se borne à réséquer ce qui dépasse les piliers, j'emploie un instrument plus simple et plus facile à manier.

Je creuse, j'excave l'amygdale avec une pince formée de deux cuillères tranchantes. J'en ai fait construire, par la maison Collin, plusieurs modèles de grandeur et de courbe différentes, permettant de s'en servir pour les plus jeunes enfants et pour les adultes. J'ai enlevé des amygdales enchatonnées à des enfants de huit à dix mois, chez lesquels il était impossible d'employer le morceleur ou l'amygdalotome.

J'ai besoin d'entrer dans quelques détails au sujet du manuel opératoire :

1° Il est nécessaire de bien se rendre compte de la forme de l'amygdale, de ses adhérences. Après une légère pulvérisation cocaïnée, il faut, avec un stylet recourbé, contourner l'amygdale pour reconnaître ses dimensions en bas en arrière, voir si son pôle supérieur est plus ou moins libre, quelle est la profondeur de la coupole.

2° Il faut respecter non seulement les piliers, mais le pli triangulaire. Tous les opérateurs sont d'accord pour respecter l'intégrité des piliers, surtout du pilier antérieur, mais on n'attache pas d'importance au pli triangulaire. Je crois qu'il faut aussi le respecter et commencer par le détacher de l'amygdale; on évitera ainsi plus sûrement des hémorragies, et les suites de l'ablation de l'amygdale seront moins douloureuses.

Pour libérer l'amygdale du pli triangulaire une précaution importante est à prendre : *il faut faire toute la section en tissu amygdalien*. Cette section n'est pas douloureuse et donne une hémorragie insignifiante. Il pourrait ne pas en être de même si la section intéressait le ligament triangulaire ou le pilier. J'ai fait construire des ciseaux coudés à angle droit qui rendent de grands services soit pour détacher l'amygdale du pli triangulaire, soit pour sonder, disciser les cryptes, ouvrir les récessus. J'ai appris depuis que le Dr Lermoyez, avant moi, avait imaginé des ciseaux identiques. On les introduit d'abord

fermés pour sonder les cryptes et les récessus, puis on les retire pour pratiquer la discision entre leurs branches. Je ne pense pas qu'ils exposent aux hémorragies si l'on a bien soin de ne faire les sections qu'en tissu amygdalien, comme je le recommande tout particulièrement.

Mais, dans la grande majorité des cas, il n'est pas nécessaire de libérer l'amygdale avant de la creuser avec mes pinces.

Voici mon manuel opératoire : j'opère toujours avec un bon éclairage frontal le miroir électrique de Clar, de sorte que la position du malade m'est indifférente. Il peut donc être tenu sur les genoux dans la position classique pour l'opération des végétations adénoïdes, ou maintenu sur un fauteuil à dossier mobile, comme je le fais de préférence.

Mes pinces et un abaisse-langue sont les seuls instruments nécessaires. Les pinces doivent être introduites fermées, perpendiculairement aux piliers, jusqu'au contact de l'amygdale. On s'assure qu'elles sont en position convenable, on les pousse contre l'amygdale en les ouvrant plus ou moins, suivant la quantité qu'on veut sectionner du premier coup; puis, on les referme à fond. Comme il reste d'ordinaire quelques brides qui ne sont pas sectionnées, on imprime à la pince un mouvement de rotation sur son axe pour rompre ces brides, sans tirer sur la pince pour ne pas provoquer d'arrachement étendu. Cette première prise faite, la pince est retirée rapidement, plongée dans de l'eau chaude aseptique, où elle abandonne la partie sectionnée, puis reportée fermée contre l'amygdale pour la seconde prise. En quelques coups de pince, on a curetté les deux tiers supérieurs de la loge amygdalienne, sans toucher les piliers, sans sectionner le pli triangulaire.

Lorsqu'on est ambidextre, on change de main pour l'amygdale gauche, la main droite prenant l'abaisse-langue, la main gauche se servant de la pince; mais, si l'on veut enlever les deux amygdales de la main droite, on prend pour l'amygdale

gauche une pince coudée dont le mouvement est très facile. La forme arrondie des cuillères, après l'introduction de la pince fermée, protège complètement les piliers contre une blessure; on peut aller sans crainte jusqu'au fond de la loge. Je commence toujours par l'amygdale la plus volumineuse. L'aide qui maintient la tête appuyée contre le dossier du fauteuil peut faire saillir les amygdales en dedans par une forte pression derrière l'angle de la mâchoire. Il arrive parfois qu'en imprimant à la pince un mouvement de rotation, il se produit un peu d'arrachement de tissu amygdalien ; je n'en ai jamais vu résulter d'hémorragie abondante; sur le nombre considérable d'ablations d'amygdales que j'ai faites depuis plus de trois ans avec mon procédé, je n'ai jamais observé d'accident sérieux.

L'opération finie, j'ai l'habitude de porter au fond de la loge un tampon d'ouate stérilisée roulée dans de la ferripyrine, de l'alun, du tanin, ou de l'eau oxygénée à 20 volumes. Je fais aussi sucer de la glace pendant quelques instants.

Une objection me sera faite certainement : avec mes pinces, le morcellement des amygdales expose à des hémorragies abondantes, qui peuvent être graves chez de jeunes enfants, en provoquant une anémie sérieuse. Je tiens à y répondre d'avance. L'ablation des amygdales par mon procédé ne donne jamais lieu à une hémorragie comparable à celle qui se produit à la suite de l'ablation des végétations adénoïdes. On doit toujours sectionner en tissu amygdalien. Le badigeonnage de la loge, comme je l'indique plus haut, arrête immédiatement l'écoulement sanguin. Je n'ai jamais observé d'accident d'hémorragie secondaire. Je n'ai jamais été obligé de faire prendre de l'hémoglobine pour relever l'état général, combattre une anémie à la suite de l'ablation des amygdales par mon procédé.

Comme vous le voyez, Messieurs, avec des ciseaux coudés très étroits, qui remplissent l'office de stylet et de bistouri,

avec une pince et un abaisse-langue, on peut intervenir rapidement et sûrement dans tous les cas qui peuvent se présenter.

Cette méthode a maintenant fait ses preuves, et j'espère que vous voudrez bien m'accorder qu'elle réalise quelque progrès dans l'ablation extemporanée des amygdales enchatonnées chez les jeunes enfants, chez qui cette opération importante était forcément incomplète et particulièrement difficile jusqu'à ce jour.

ABCÈS PROFOND DU COU

CONSÉCUTIF A UNE OTITE GRIPPALE LATENTE[1]

Par le Dr **Aristide MALHERBE**, de Paris.

Messieurs,

J'ai l'honneur de vous présenter une observation que je crois intéressante pour les motifs suivants :

1° Parce qu'elle montre que certains abcès peuvent avoir pour origine une otite méconnue ;

2° Parce qu'elle vient à l'appui de cette idée que j'ai déjà soutenue, à savoir qu'à la suite d'une infection otique il peut se produire, à la faveur de cavités closes évoluant secondairement, des accidents à échéance plus ou moins éloignée[2] ;

3° Parce qu'elle est un exemple qu'il peut exister vers la pointe de l'apophyse des fissures ou pertuis préformés, capables de favoriser la diffusion du pus en dehors de l'os, sans lésion anatomique de celui-ci.

Voici cette observation :

Observation. — Le 15 décembre 1900, Mlle M. de M..., âgée de seize ans, accompagnée de sa mère, vint me trouver à mon cabinet,

1. Travail communiqué à la Société française de laryngologie, mai 1901.

2. Aristide Malherbe, La cavité close dans l'otite. Son traitement par l'évidement pétro-mastoïdien (*Bull. méd.*, 25 juillet 1900).

pour des douleurs qu'elle ressentait dans l'oreille droite et pour une grosseur au cou siégeant du même côté.

Cette jeune fille, grande et forte, avait, jusque dans ces derniers temps, toujours été bien portante.

En l'interrogeant, j'apprends qu'au début de l'année 1900, le 28 janvier, elle contracta la grippe, et dut rester trois semaines environ à la chambre.

Durant cette grippe, elle ressentit, dans l'oreille droite, quelques douleurs vagues, et quelques bruits, auxquels elle ne porta pas grande attention. Pas d'écoulement. Mais bientôt apparut derrière le pavillon, au niveau de la pointe de l'apophyse mastoïde, une tuméfaction ayant le volume d'une noisette, légèrement bilobée, molle et déterminant quelques douleurs, avec sensation de tiraillements.

Bien que la jeune fille toussât encore un peu, elle rentra après trois semaines passées chez elle, au couvent, ayant toujours sa grosseur derrière l'oreille.

Peu de temps après, sévissait dans ce couvent une épidémie de rougeole, et, le 23 mai, M^lle M. de M... prenait cette maladie. La fièvre fut des plus légères, et dura à peine huit jours; la malade n'en garda pas moins la chambre jusque vers le 20 juin.

Pendant la rougeole, la tuméfaction de la pointe de l'apophyse sembla diminuer, mais en même temps apparut un peu plus bas, dans la région supérieure et latérale du cou, une tumeur assez volumineuse, se continuant avec celle de la pointe de l'apophyse; peu à peu cette dernière disparut, laissant seule celle du cou, devenue plus grosse.

C'est à ce moment que, sur les conseils d'un médecin, notre jeune malade partit pour la Bourboule, le 29 juin. Là, elle y subit un traitement complet: bains d'une demi-heure à 36°, douches locales sur le cou tous les jours, massages de la tumeur pendant environ quinze jours, pommades fondantes. Les douches et le massage lui causèrent particulièrement de la douleur. Le traitement ne détermina aucun résultat du côté de la tumeur, mais il provoqua des douleurs lancinantes dans l'intérieur de l'oreille et quelques bourdonnements.

Le 10 août, elle se rendit en Alsace-Lorraine où, pendant son séjour, elle suivit un traitement se composant de bains d'eau ferrugineuse et de pommades, sans plus de succès.

Quant elle rentra à Paris, au commencement d'octobre, elle avait encore sa tumeur; cependant celle-ci était, dit-elle, légèrement descendue et paraissait moins volumineuse.

Cependant l'état général de la malade était loin d'être satisfaisant, elle avait considérablement maigri et elle se plaignait continuellement d'une fatigue générale.

Enfin, dès le commencement de novembre, elle perdit tout appétit, les douleurs qu'elle ressentait l'empêchaient de dormir la nuit. Du côté de l'oreille, elle se plaignit de douleurs continuelles s'accompagnant de bruits plus répétés. Un torticolis lui immobilisait la tête, et l'obligeait à se mouvoir tout d'une pièce.

La déglutition des solides était notablement gênée et occasionnait de la douleur, qui contribuait à empêcher de manger; seuls les liquides passaient assez bien.

La malade consulta à Paris de nombreux confrères et des spécialistes. Presque tous, sauf un ou deux, pensèrent à une adénite strumeuse et lui conseillèrent différents traitements médicaux.

C'est à ce moment que j'examinai la jeune fille, et voici ce que je constatai :

La région carotidienne droite présentait à la vue une tuméfaction lisse, de coloration normale, qui se continuait insensiblement avec les parties voisines, et répondait pour sa limite supérieure à une ligne passant à 1 centimètre et demi au-dessus de l'os hyoïde, et pour sa limite inférieure à une ligne correspondant au bord supérieur du thyroïde; elle mesurait environ 6 centimètres dans son diamètre vertical.

La palpation révélait que la peau était intacte, non tendue et non adhérente aux parties sous-jacentes. Sous la peau, se dessinait le muscle sterno-cléido-mastoïdien, tendu comme une sangle sur la tumeur qu'il bridait dans le sens longitudinal. En faisant contracter ce muscle, on sentait qu'il passait manifestement en avant d'elle.

Quand on appliquait les doigts sur la tuméfaction, là surtout où elle n'était pas bridée par le muscle, et quand on plaçait celui-ci dans le relâchement, il était très facile d'obtenir une sensation de fluctuation profonde. Cette manœuvre était légèrement douloureuse. Il s'agissait sans aucun doute d'une collection liquide.

De plus, on sentait sur le trajet des vaisseaux carotidiens, et seulement à ce niveau, des battements isochrones au pouls; la collection liquide — évidemment de nature purulente — était donc placée en arrière du paquet vasculo-nerveux du cou qu'elle soulevait.

Voilà ce que révélait l'examen de la tumeur du cou.

Du côté de l'oreille, l'inspection de l'apophyse mastoïde ne présentait rien d'anormal.

La palpation déterminait une douleur constante et très manifeste

ission au niveau de la région de l'antre. La traction du
e causait pas de douleur.
auditif normal.
ne tympanique mobile, mais légèrement dépolie, avec
e long du manche du marteau,
ıtérisme de la trompe démontrait que la muqueuse pré-
certain gonflement que l'air arrivait cependant à vaincre,
déterminer d'amélioration de l'audition.
n de l'ouïe indiquait qu'il existait, de ce côté, une dimi-
s marquée de la faculté auditive.
ıètre de Politzer n'était entendu qu'à 2 mètres; le diapa-
à 15 centimètres; la voix haute à 5 mètres, et la voix
à 2 mètres.
» me parut donc indiscutablement touchée.
es différents examens, il était difficile de ne pas admettre
it une relation évidente entre la tumeur du cou et l'état
e. Cette conviction était encore accrue par les commé-
ournis par la malade et son entourage.
, la façon dont avait débuté l'affection; les petits élan-
essentis par la malade dans l'oreille pendant le cours de
bientôt suivis de l'apparition d'une tuméfaction au niveau
e de l'apophyse; la marche de la tumeur après une infec-
lique venant presque immédiatement après la grippe, tout
ıblement, ne ressemblait guère à l'évolution d'une adénite

ajoute l'inefficacité des différents traitements longtemps
douleurs dans l'oreille, les bruits, le changement de
tumeur, la diminution de l'audition, on était bien forcé
» qu'il existait un rapport étroit entre les accidents du cou
nomènes auriculaires constatés.
gnostic dès lors fut :
ın purulente profonde du cou d'origine auriculaire et
e à une infection grippale.
t donc :
rrasser la malade de sa tumeur en donnant issue à la
purulente ;
ser une guérison radicale en pratiquant l'ouverture de
oyenne pour nettoyer et désinfecter le foyer primitif.
ion étant décidée, je résolus de commencer par là la
partie de l'intervention afin d'éviter toute infection et à
l'oreille d'une contamination possible par l'écoulement
lu pus après ouverture de l'abcès.

Opération. — Le *21 décembre 1900*, la jeune malade étant endormie au chloroforme, je pratiquai dans le sillon rétro-auriculaire une incision de 5 centimètres se terminant au niveau de la pointe de l'apophyse. Après décollement du périoste et écartement des lambeaux avec pavillon rabattu en avant, j'attaquai l'antre à la gouge et au maillet.

Pas de pus, seulement de l'épaississement de la muqueuse qui est granuleuse et tuméfiée. L'aditus était très rétréci. Après l'avoir agrandi, j'explorai la caisse, qui présentait les mêmes lésions, mais pas de pus.

La paroi inférieure de l'antre communiquait assez largement avec les cellules de la pointe; je les ouvris toutes, et là encore je constatai la même altération de la muqueuse, qui est épaisse et granuleuse, mais toujours pas de pus. En explorant les cellules inférieures de la pointe, je constatai, après avoir gratté la muqueuse, et enlevé quelques bourgeons charnus, un fin pertuis, siégeant en bas et en arrière, qui ne me permit pas d'introduire un stylet, mais qui laissait facilement passer un crin de Florence.

J'arrêtai là toute exploration, car il ne m'était pas possible d'atteindre par là la collection purulente du cou, et, bien que l'infection ait dû suivre cette voie, je résolus d'aller à la recherche de l'abcès directement pour y placer un drain dans une position déclive.

Après avoir soigneusement curetté toutes les cellules de l'extrémité de l'apophyse, ainsi que l'antre, et touché toutes ces parties avec un tampon imbibé d'eau oxygénée à 12 volumes, je me contentai de désinfecter la caisse avec la même solution.

Je laissai une fine mèche de gaze stérilisée pour bourrer les cavités mastoïdiennes, et après incision du conduit membraneux, je faisais sortir l'extrémité de la mèche au niveau du méat; une autre fut introduite dans le conduit pour maintenir sa forme. Six points aux crins de Florence réunirent directement le pavillon à la lèvre postérieure de l'incision. Pansement: gaze stérilisée et ouate.

Restait la tumeur cervicale.

J'incisai la peau dans une étendue de 4 centimètres, au niveau du bord antérieur du sterno-mastoïdien. Cette incision, qui peut paraître insuffisante, fut pratiquée avec cette dimension exiguë, dans un but d'esthétique. Après la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, je sectionnai successivement le muscle peaucier assez épais, l'aponévrose cervicale superficielle et mettais à nu le bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien. Effondrant le feuillet moyen de l'aponévrose cervicale, je trouvai un ganglion, d'ailleurs sain, qui,

par suite de l'exiguïté de ma boutonnière, gênait mes manœuvres; je l'extirpai et découvris ainsi le faisceau vasculo-nerveux du cou, que je réclinai en dehors; immédiatement dessous et séparé seulement par la paroi postérieure de la gaine vasculaire, se trouvait l'abcès. Protégeant le plus possible la plaie à l'aide d'une compresse, j'ouvris alors la collection avec l'extrémité de la sonde cannelée; il s'écoula aussitôt environ un verre à bordeaux de pus fluide, jaune citrin, et qu'un examen ultérieur montra renfermant des streptocoques.

En explorant la cavité de l'abcès, je constatai qu'il remontait assez haut sur les parties latérales de l'œsophage.

Je touchai soigneusement toute la cavité avec une mèche de gaze imbibée d'eau oxygénée; et je plaçai dans la profondeur un drain de 5 centimètres de longueur.

La peau fut ensuite réunie à l'aide de quatre crins, et le drain fixé par l'un d'eux dans l'angle inférieur de la plaie.

Comme pansement, gaze et ouate stérilisée, le tout maintenu à l'aide d'une bande.

Durée de l'opération: 1 heure 20 minutes.

Les suites opératoires furent excellentes. Aucune fièvre. Le lendemain et le surlendemain, la malade se plaignit d'une légère douleur en avalant.

Le huitième jour, j'enlevai les fils derrière l'oreille et au cou. La réunion des deux plaies était parfaite. La mèche auriculaire fut supprimée, mais je laissai le drain, bien qu'il n'y eût aucun suintement, à cause du décollement produit par l'abcès, et par prudence; je me contentai seulement de le raccourcir un peu, et je refis le même pansement à la gaze stérilisée.

Deux jours après, le pansement rétro-auriculaire consista dans un peu de collodion. Au cou, j'enlevai définitivement le drain et laissai un léger pansement à la gaze deux jours encore pour permettre à l'orifice du drain de se fermer; après quoi, je mis sur l'incision une petite bandelette de gaze maintenue par un peu de collodion pour protéger la cicatrice contre les frottements.

La jeune malade, complètement guérie, a repris son caractère gai, son appétit est revenu; elle a engraissé et elle ne souffre plus.

L'audition a considérablement augmenté, mais offre encore quelque différence avec l'autre côté.

Je l'ai revue ces jours-ci, et j'ai pu constater que son état est resté parfait.

Voilà, Messieurs, l'histoire de cette malade.

Qu'y voyons-nous? et quel enseignement pratique pouvons-nous en retirer?

C'est d'abord, comme cause première, la grippe et sa manifestation rhino-pharyngée. De là, l'infection a gagné la caisse par la trompe, puis l'antre et les cellules mastoïdiennes donnant lieu à une otite grippale latente; nous savons, en effet, que l'otite grippale ne reste guère cantonnée à la caisse, mais qu'elle a une tendance toute particulière à se propager aux cellules mastoïdiennes.

Puis, tandis que la régression se produisait dans les premières voies, l'infection otique, élaborée en *cavité close*, s'est propagée à travers la paroi inféricure des cellules mastoïdiennes, — probablement grâce à l'orifice que nous avons constaté chez notre malade et qu'il n'est pas rare de rencontrer chez certains sujets, — et a abouti à un abcès profond du cou.

Les signes accusés par la malade sont d'abord peu marqués et passent presque inaperçus; quelques douleurs dans l'oreille, quelques bruits, suivis bientôt de l'apparition d'une tuméfaction à la pointe de l'apophyse mastoïde.

Enfin, sous l'influence d'une infection nouvelle, la rougeole, la collection qui s'est formée ne tarde pas à augmenter et à descendre peu à peu, causant les différents troubles dont nous avons parlé, par sa progression.

Et tout cela sans grande réaction; l'affection présente une évolution torpide, à allure insidieuse, qui la fait méconnaître, et l'on pense à une adénite strumeuse, malgré les symptômes accusés du côté de l'oreille et le siège particulier, profond, de l'abcès.

Pour expliquer l'évolution des phénomènes, le mécanisme e la cavité close me paraît ici devoir être invoqué.

Nous savons aujourd'hui que les cas de mastoïdite précédée 'une simple otite catarrhale, sans perforation du tympan, ont loin d'être rares, et que les mastoïdites, dites autrefois

primitives, diminuent à mesure qu'on examine plus attentivement l'oreille.

Ainsi donc, le processus inflammatoire de la caisse est susceptible d'arriver à la guérison, alors qu'un foyer infectieux persiste encore dans l'antre ou dans les cellules de l'apophyse; ce foyer, sous l'influence de la formation d'une cavité close se produisant secondairement, exalte sa virulence et tend à se propager soit à la surface de l'os où il est enfermé, en altérant plus ou moins cet os quel qu'en soit le point, soit par la migration simple de micro-organismes par une perforation préformée de cette paroi. Dans le premier cas, nous avons, ou bien la mastoïdite externe, avec abcès sous-cutané, ou bien la mastoïdite inférieure, dite de Bezold; dans le second, nous avons les abcès sans lésions osseuses de l'apophyse, du côté des méninges, du sinus, ou les *collections profondes du cou*, comme notre observation en est un exemple. Ici, le pus ne provoque pas de carie locale de la paroi osseuse, mais il profite d'un ou de plusieurs orifices préformés.

Quelle doit être dans l'occurrence la conduite du chirurgien?

Doit-il se contenter de vider simplement l'abcès cervical et borner là son action? Nous ne le pensons pas. Il doit, avant tout, suivant nous, ouvrir largement les cavités de l'oreille moyenne, où réside primitivement le foyer originel, les désinfecter soigneusement et s'opposer ainsi à la formation nouvelle de cavités closes secondaires.

C'est seulement après qu'il abordera avec efficacité la collection purulente, quelle que soit d'ailleurs la direction que cette collection ait suivie.

Telle est, Messieurs, avec les réflexions qu'elle m'a suggérées, l'observation dont je viens de vous entretenir. Elle m'a paru de nature à éclairer la pathogénie, encore obscure, de certains abcès profonds du cou.

VOLUMINEUX CHONDROME NASAL

OPÉRÉ PAR LES VOIES NATURELLES[1]

par le Dr **E. ESCAT**, de Toulouse.

OBSERVATION. — M. A. B..., de Lapagèze (Tarn), âgé de soixante-deux ans, vient me consulter le 7 novembre 1900. Ce malade présente sur la face la cicatrice très nette de la résection temporaire du nez par la méthode d'Ollier; la circulation veineuse profonde de la face, interrompue au niveau de la ligne de suture, marquée par une ligne blanche, est suppléée par une circulation veineuse superficielle, qui arborise les deux faces latérales du nez. Le malade tient constamment le mouchoir à la main pour éponger son œil gauche, atteint d'épiphora, symptôme relevant, suivant toute vraisemblance, d'une oblitération cicatricielle sur le trajet des voies lacrymales; l'épiphora existe, en effet, depuis la première opération; on ne saurait donc l'attribuer au développement actuel de la tumeur.

Il me raconta qu'il avait été opéré par un chirurgien, le 22 mai 1896, pour une tumeur nasale qui avait oblitéré sa fosse nasale gauche; mais il ne put me renseigner sur la nature de cette tumeur. J'ai su depuis par l'anatomo-pathologiste qui avait examiné la pièce, qu'il s'agissait de chondrome malin.

Depuis deux ans, l'insuffisance nasale a reparu par intermittences, puis est devenue progressive; actuellement elle est complète. Le malade s'est aperçu, en outre, pendant la mastication, de l'existence d'un point douloureux sur la voûte palatine. Ce symptôme n'existait pas avant la première opération; ce détail a son importance, car il prouve que le développement de la tumeur récidivée dépasse considérablement celui de la tumeur primitive.

Je procède à la rhinoscopie antérieure: la fosse gauche est complètement obstruée par une tumeur volumineuse, recouverte d'une muqueuse absolument saine; la cloison est refoulée à droite du plan sagittal; sa muqueuse est adhérente à la tumeur; cette dernière est également adhérente à toute la face externe de la fosse nasale, ainsi qu'au plancher, qui a subi en un point un abaissement très appréciable. Le pédicule du néoplasme semble se perdre dans la région fronto-ethmoïdale, mais il m'est impossible de préciser rigoureusement cette insertion. La fosse nasale paraît s'être

1. Travail communiqué à la Société française de laryngologie, mai 1901.

élargie sous l'influence du développement excentrique de la tumeur.

En examinant la voûte palatine, je constate, à gauche de la ligne médiane, une élevure semi-ellipsoïdale, d'un demi-centimètre de longueur, à grand axe sagittal; le sommet de cette élevure est légèrement exulcéré et douloureux; c'est cette ulcération qui a attiré l'attention du malade, qui supportait jusque-là les autres symptômes. Cette voussure répond exactement au point où le plancher nasal, vu par la rhinoscopie antérieure, paraît le plus abaissé.

Par la rhinoscopie postérieure, on voit le naso-pharynx complètement libre; en avant de la choane gauche on aperçoit l'extrémité postérieure du néoplasme, qui semble affecter des connexions avec la partie antérieure de la face inférieure du corps sphénoïdal; la tumeur est donc strictement localisée à la fosse nasale gauche; le sinus frontal et le sinus maxillaire du côté correspondant paraissent indemnes.

Sur tous les points accessibles à la rhinoscopie, la muqueuse recouvrant la tumeur était saine, très lisse, de couleur gris rosé, et parcourue par quelques vaisseaux.

La consistance éprouvée avec le stylet était ferme en tous les points et rappelait celle du tissu osseux.

Je diagnostiquai: *ostéome* ou *chondrome* à pédicule probablement fronto-ethmoïdal.

Le malade me déclara qu'il désirait vivement être débarrassé de cette tumeur, mais que, s'il fallait lui scier le nez une deuxième fois, il préférait renoncer à l'opération.

Je déclarai que l'ablation par les voies naturelles était possible; cette opinion fut d'ailleurs partagée par son médecin traitant, le Dr Boyals, de Rabastens, notre ancien collègue de la clinique de nos maîtres MM. Martin et Lubet-Barbon.

Avec son assistance et celle de notre confrère Henri Lajaunie, d'Ax-les-Thermes, j'opérai le 3 janvier 1901.

Le sujet étant chloroformé et dans le décubitus dorsal, je plaçai dans le naso-pharynx un gros tampon de gaze pour éviter l'engagement du sang dans les voies respiratoires sous-nasales, et je procédai à l'opération sous l'éclairage frontal, la narine étant fortement dilatée par un spéculum de Palmer.

J'attaquai la tumeur avec une gouge fixée sur un manche coudé à 180° et construite à cet effet par Henri Collin.

Je donnai successivement quatre coups de gouge pour séparer la tumeur de la cloison nasale, du plancher et de la région des

cornets, en ayant soin chaque fois de bien maintenir l'instrument parallèle à ces divers plans.

Dans l'intervalle des trois coups de gouge, je tamponnai avec des bourdonnets imbibés d'eau oxygénée pour modérer l'hémorragie moins dangereuse que gênante pour la rhinoscopie.

Je donnai, enfin, le quatrième coup de gouge dans la région fronto-ethmoïdale, redoublant cette fois de prudence et de précautions pour ne pas m'engager trop haut; la tumeur, qui était chondromateuse, répondit à ce dernier coup en se brisant comme du sucre, et je n'eus plus qu'à ramener les fragments au dehors avec une curette.

Ayant curetté toutes les faces, mon instrument vint buter à travers la choane contre le tampon naso-pharyngien. L'hémorragie s'arrêta spontanément, je garnis la fosse nasale curettée d'un tampon de gaze et je retirai le tampon naso-pharyngien.

La masse brisée de la tumeur représentait environ le volume d'un gros œuf de dinde. L'examen histologique, fait par le professeur agrégé Rispal, montra qu'il s'agissait de chondrome hyalin.

Trois jours après l'opération, je retirai le tampon nasal et j'enlevai, après cocaïnisation, avec la curette de Martin, quelques débris de chondrome qui avaient échappé à la première opération. Je pus voir alors que la tumeur était bien pédiculée dans la région fronto-ethmoïdale.

Je détruisis, enfin, à l'acide chromique quelques points suspects sur les diverses faces de la fosse nasale; je commis toutefois l'imprudence de ne pas assez ménager le cartilage de la cloison, qui présenta une tache de nécrose chimique; il en résulta une perforation du septum.

La cicatrisation se fit, néanmoins, dans de bonnes conditions: le 30 janvier 1901, elle était complète: le malade se déclarait guéri; la voie nasale gauche était très libre; la voussure palatine, considérablement réduite et cicatrisée, n'était plus le siège de la moindre douleur.

A l'heure actuelle, il reste toutefois dans la fente olfactive un étroit pédicule que j'ai réduit par l'électro-puncture et que j'ai l'intention de traiter par l'électrolyse en cas de récidive.

Telle est la très simple observation que je tenais à soumettre à la Société de laryngologie: elle se réduit à l'histoire d'un malade que la chirurgie à ciel ouvert n'a pas mis à l'abri d'une récidive.

Elle montre qu'une tumeur nasale à large dévelop avec distension des parois latérales et effondrement cher nasal, peut être aussi bien attaquée par les vo relles que par les voies artificielles.

Les fanatiques de la chirurgie à ciel ouvert ne s dire qu'il s'agit ici d'une de ces tumeurs exceptionn complaisantes, bien différentes de celles contre lesq appliquent d'habitude les méthodes composées : le porte sur son nez une cicatrice qui nous dit tout le c et nous dispense de toute discussion sur ce point.

En rapportant l'histoire de mon malade au sei société où les services de la chirurgie intra-nasale plus à démontrer, je n'aurai rien dit de nouvea j'aurai apporté un argument de plus en faveur procédés rhinologiques.

REVUE GÉNÉRALE ET ANALY

BOUCHE ET PHARYNX BUCCAL

Kystes odontopathiques volumineux du maxillai rieur : pathogénie, diagnostic et traitement, par le NADE.

M. Chaminade relate l'observation de deux malades de volumineux kystes radiculaires qu'il a efficacemen par l'ablation de la dent, l'incision, le curettage et le l nage à l'iode de la poche. Il fait suivre cette relation de considérations où il précise la pathogénie de cette affec produits septiques qui s'élaborent au niveau d'un infectée gagnent l'apex, le dépassent, irritent les déb dentaires qui existent normalement, et amènent la f d'une petite poche kystique qu'on enlève en même te la racine. Ce qui explique que ces productions kystiq gnent au niveau des petites molaires et des canines du m supérieur, un développement plus rapide et plus grai aucun autre point, et récidivent si facilement sous

tumeur maligne, c'est que cette région contient à la fois des débris paradentaires et des restes épithéliaux de la période de formation, ces derniers prenant part à la formation du kyste.

Dès lors, il importe de traiter, dès le début, une carie affectant les canines et les premières molaires.

D'autre part, il est nécessaire, pour bien établir son diagnostic dans les cas analogues à ceux que rapporte l'auteur, d'examiner attentivement le système dentaire. En effet, si la constatation d'une racine infectée, mais non douloureuse, et d'une tuméfaction sans réaction inflammatoire permet d'éliminer l'idée d'abcès, elle peut aussi faire penser aux kystes dentifères. Or, le diagnostic entre ce genre de tumeurs est délicat, exemple le cas d'un malade de Sourez, porteur d'une tumeur fluctuante qui fut prise pour un kyste dentifère (Gaillard), pour un kyste appendiculaire et enfin un abcès tuberculeux (Sébileau).

On a proposé pour les kystes odontopathiques des interventions très radicales; elles sont souvent refusées par les malades. M. Chaminade a institué un traitement facile qui lui a donné des résultats bons jusqu'ici. (*Ann. de la Policlin. de Bordeaux*, mai 1901.)

Dr G. Liaras.

NEZ ET PHARYNX NASAL

Formes malignes de la rhinite pseudo-membraneuse, par le Dr Chauveau.

Si la rhinite pseudo-membraneuse est, la plupart du temps, due au bacille de Lœffler, il est cependant bien établi que d'autres microbes peuvent, soit isolés, soit associés, produire cette affection : ce sont les staphylocoques, les streptocoques, les pneumocoques.

On s'est longtemps accordé à considérer l'affection comme bénigne; il est certain que le plus ordinairement, les signes de cette affection sont : fausses membranes adhérentes, hémorragies abondantes, enchifrènement, symptômes généraux nuls. Mais à côté de ces cas de beaucoup les plus fréquents, M. Chauveau en a rencontré de très sérieux.

Tout d'abord, celui d'un petit malade atteint en pleine santé d'un coryza pseudo-membraneux, d'origine staphylococcique; il succombe en quinze jours à des accidents méningitiques.

Plus tard celui d'un garçon de dix-huit ans, sans antécédents, bien portant, pris en quelques jours d'inappétence, de courbature, fièvre, etc. En même temps, il présentait de l'enchifrènement et du jetage parfois sanguinolent, des fausses membranes obstruant les deux fosses nasales. Le malade succombait quelques jours après à une endo-cardite infectieuse sans qu'il ait été possible de pratiquer d'examen bactériologique.

En dehors de ces cas, un peu dramatiques, M. Chauveau en a observé quelques autres à allures moins bruyantes et à terminaison moins funeste, qui altéraient néanmoins considérablement l'état général et avaient une ténacité remarquable.

Ces faits démontrent, ajoute l'auteur, qu'on doit faire aux fosses nasales une place assez large dans les facteurs étiologiques des intoxications ou des septicémies générales. Peut-être, dans les cas graves, y a-t-il lieu d'incriminer la nature même du microbe; on a, dans les examens bactériologiques de rhinites pseudo-membraneuses surtout retrouvé le staphylocoque et, dans le cas cité plus haut de mort par méningite, le staphylocoque était associé au pneumocoque. (*Journ. de méd. interne*, 1er mars 1901).

Dr G. Liaras.

Un cas d'anosmie hystérique, par le Dr A. Stern.

L'auteur communique à la Société de médecine de Nancy un cas d'anosmie complète, survenue brusquement chez une hystérique de quarante ans. L'intégrité absolue des fosses nasales permit de rapporter sans hésitation à la névrose préexistante l'apparition de cet accident. Une thérapeutique purement suggestive (cautérisation au galvano du cornet inférieur) suffit à rendre immédiatement l'odorat à la malade. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er février 1901.)

Dr E. Lafarelle.

Du traitement de la rhinite atrophique par l'électrolyse (*Treatment of atrophic rhinitis by electrolysis*), par le Dr C. M. Cobb.

Après avoir exposé d'une façon critique les moyens les plus en usage dans la rhinite atrophique, et cité les résultats obtenus à l'aide de l'électrolyse par des auteurs tels que Brindel,

Réthy et Mc. Bride, l'auteur résume de la façon suivante les résultats de ses expériences personnelles :

1° L'électrolyse exerce une action curative dans la rhinite atrophique, en arrêtant la formation de croûtes, et en supprimant la mauvaise odeur.

2° Elle reste sans effet dans le cas où la mauvaise odeur est due à un empyème nasal.

3° Les résultats obtenus sont d'autant meilleurs que les deux aiguilles sont plus rapprochées l'une de l'autre.

4° Les résultats obtenus restent les mêmes, quel que soit le métal avec lequel sont fabriquées les aiguilles, ce qui prouve que ce n'est pas à la diffusion du sel de cuivre qu'est due la guérison.

5° L'amélioration est surtout marquée dans le voisinage du pôle positif.

6° L'amélioration est due probablement à l'oxygène et au chlore mis en liberté, et aux échanges chimiques qui résultent de la présence dans les tissus d'oxygène et de chlore libres, ou à la réaction acide qu'ils provoquent.

7° L'aiguille du pôle négatif ne doit pas être placée dans la cloison. (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, 16 mars 1901.)

Dr JANKELEVITCH.

Traitement de la rhinite chronique hypertrophique diffuse par les injections sous-muqueuses de chlorure de zinc, par le Dr P. VIOLLET, médecin auriste de l'hôpital Péan.

En lisant ce titre, on serait tenté de croire que la méthode a été appliquée à ces cas d'hypertrophie permanente de la muqueuse nasale, avec ou sans dégénérescence myxomateuse et avec absence de rétraction : il n'en est rien. L'auteur désigne sous le nom de rhinite chronique hypertrophique les cas d'obstruction nasale causés par une sorte de *gonflement chronique*. Cette forme se distingue de l'hypertrophie vraie par une moindre résistance au stylet qui déprime facilement la muqueuse, par un aspect uniformément lisse et uni, et peut-être par une plus grande mobilité des symptômes d'obstruction. Il s'agit, somme toute, de gonflement hypertrophique, de coryza spasmodique, et non d'hypertrophie vraie.

Même appliquée à ces cas bénins, et qui guérissent parfois sans la moindre intervention, la méthode des injections sous-muqueuses de chlorure de zinc ne paraît pas avoir donné, entre les mains du Dr Viollet, pas plus qu'entre celles du Dr Gaudier, de brillants résultats. Il suffit, pour s'en convaincre, de lire les observations rapportées par l'auteur lui-même et qui cadrent mal avec son optimisme, et rappeler les résultats obtenus. (*Archiv. de laryngol.*, nº 2, mars-avril 1901.)

Dr BRINDEL.

LARYNX ET TRACHÉE

Le humage sulfureux dans le traitement thermal des maladies chroniques des voies respiratoires, par le Dr H. PELON.

L'auteur veut attirer l'attention sur un procédé tout spécial de thérapeutique hydro-minérale, le humage naturel, installé à Bagnères-de-Luchon.

L'hydrogène sulfuré est le principe actif que le humage seul permet de porter jusqu'aux terminaisons bronchiques. Grâce à des appareils perfectionnés, il est possible de doser cet hydrogène sulfuré, d'en faire respirer la quantité que l'on veut, à la température qui paraît la plus convenable et mélangé de vapeur d'eau en proportion voulue.

On obtient, par le humage, des résultats nombreux et excellents dans les affections chroniques des voies respiratoires : laryngites catarrhale et granuleuse; lésions laryngées syphilitiques; coryzas chroniques; trachéo-bronchites chroniques simples ou spécifiques. (*Touraine méd.*, mai 1901.)

Dr G. DUPOND.

Hémorragie se produisant dans un larynx sain en apparence *(Laryngeal hemorrhage from an apparently normal larynx)*, par le Dr G. B. WOOD.

Les hémorragies du larynx se produisent le plus souvent au cours d'affections plus ou moins graves de cet organe, à forme ulcéreuse, telle la tuberculose et un peu moins souvent le cancer et la syphilis. D'autres fois, elles se produisent à la suite d'un traumatisme externe ou interne (pénétration dans le larynx d'un corps pointu ou tranchant). On a observé

enfin des hémorragies du larynx chez des malades atteints de cirrhose du foie ou à la suite du surmenage vocal, ou encore chez des femmes atteintes d'aménorrhée. Mais des hémorragies se produisant en dehors de toute cause locale ou générale sont extrêmement rares. Aussi le cas suivant, observé par l'auteur, n'est-il pas sans intérêt.

Il s'agit d'un homme âgé de trente-six ans, ayant toujours joui d'une santé excellente et qui fut pris un jour d'une hémoptysie extrêmement abondante, se produisant au moindre effort. Le malade ne tousse pas, n'accuse pas d'amaigrissement; l'examen des poumons, pratiqué d'une façon très minutieuse, ne révèle absolument rien d'anormal. La voûte postérieure du pharynx et l'amygdale linguale sont couvertes de petits caillots sanguins. A l'examen laryngoscopique, on trouve la région aryténoïdienne, les cordes vocales et la paroi antérieure de la trachée couvertes de sang frais. Le point hémorragique lui-même n'a pu être découvert. On prescrit au malade de l'iodure de potassium et de l'ergotine, et on fait un pronostic favorable. Le lendemain, l'examen laryngoscopique ne révèle plus que l'existence d'un petit point rouge au niveau de la partie antérieure de la corde vocale gauche. On renvoie le malade après lui avoir prescrit un peu de teinture d'aconit. La cause de cette hémorragie pourrait, à la rigueur, être attribuée à ce fait que le malade avait l'habitude de mâcher son cure-dents, et que, le matin du jour où s'est produite l'hémorragie, un morceau de cet instrument s'était délaché et avait pénétré dans la gorge.

Six mois plus tard, le malade eut une nouvelle hémoptysie. Depuis sa première attaque, il a complètement abandonné son ancienne habitude; il ne tousse toujours pas, la santé générale est excellente, l'examen des poumons et du cœur donne cette fois encore un résultat négatif. A l'examen laryngoscopique, on constate la présence de quelques caillots sanguins sur l'épiglotte, et les cordes vocales sont couvertes de sang liquide; on aperçoit, en outre, une mince traînée de sang le long de la paroi antérieure de la trachée; les veines du pharynx et du larynx présentent une dilatation très marquée. Le traitement consista en applications locales d'extrait surrénal, et, neuf jours

après le début de cette dernière hémorragie, le malade ne crachait plus une goutte de sang, et la dilatation veineuse était beaucoup moins prononcée. Les hémorragies ne se sont pas reproduites depuis. A noter aussi un certain degré d'oxalurie dont l'existence a été révélée au cours de la dernière hémorragie, et qui avait disparu sous l'influence d'un traitement approprié. A moins de voir un rapport de cause à effet entre la première et la dernière, rapport qui paraît fort peu probable, on se trouverait en présence d'un cas d'hémorragies spontanées du larynx, cas, répétons-le, d'autant plus intéressant que, dans l'esprit de la plupart des praticiens, elles réveillent toujours, avant toute autre idée, celle d'une affection tuberculeuse des poumons ou du larynx. (*Amer. Journ. med. sciences*, mai 1901.)

Dr JANKELEVITCH.

OREILLES

De la ligature de la veine jugulaire dans le traitement de la thrombose du sinus sigmoïdal *(On the question of the advisability of ligaturing the jugular vein in the treatment of sigmoïd-sinus thrombosis)*, par le Dr J. LAEY FIRTH.

La nécessité de la ligature de la veine jugulaire interne dans les cas de thrombose du sinus sigmoïde n'est pas encore universellement admise. Des cas ont été publiés où la guérison est survenue à la suite de la simple opération radicale avec nettoyage du sinus, sans ligature de la veine. Il est donc permis de se demander, en présence de ces faits, s'il est bien utile, et cela dans tous les cas sans exception, comme le voudraient les partisans absolus de la ligature de la veine, de prolonger une opération déjà assez longue et pénible, sur un malade le plus souvent déjà très affaibli, en y ajoutant un temps de plus, qui est celui de la ligature de la veine. Les chirurgiens devraient s'attacher à dégager, grâce à une étude, à une observation minutieuse des cas qui leur sont soumis, les indications précises de la ligature de la veine, de façon à ce que nous puissions savoir, dans chaque cas donné, en nous basant sur quelques signes ou symptômes faciles à saisir; évidents, si la ligature est absolument nécessaire ou si l'on peut épargner au malade, sans avoir à s'en repentir plus tard,

cette intervention qui, au fond constitue une véritable opération de plus, s'ajoutant à celle qu'on pratique dans la région de l'oreille.

De son côté, l'auteur publie l'observation suivante :

Homme âgé de vingt-six ans ; eut, six semaines auparavant, une otorrhée droite qui a duré quinze jours, sans douleurs ni vomissements. Il est resté depuis trois ou quatre semaines sans avoir le moindre écoulement et se portait très bien. Six jours avant son admission à l'hôpital, il fut pris de malaise, avec vomissements, douleur sourde dans l'oreille droite, le front et les tempes. Ces symptômes se sont aggravés progressivement : il a eu quatre frissons, dont le dernier s'est produit à l'hôpital ; après quoi, la température a atteint 103° F. Les trois premiers frissons sont survenus, le premier, le deuxième et le troisième jour de sa maladie actuelle. Il est très abattu, n'a pas eu de vomissements depuis qu'il est à l'hôpital. Il existe immédiatement au-dessous du sommet de l'apophyse mastoïde droite un ganglion tuméfié, de forme allongée. Pas de sensibilité ni d'épaississement au niveau de la veine jugulaire. La veine frontale médiane et les autres veines qui se trouvent au niveau de la base de l'apophyse sont plutôt pleines, mais aucune d'elles ne donne au toucher la sensation de corde et on ne trouve rien d'anormal dans le triangle sous-occipital. L'apophyse n'est pas tuméfiée, il n'existe pas d'écoulement d'oreille. La montre, que l'oreille saine entend à une distance considérable, n'est entendue de l'autre qu'au contact. Le malade conserve toute son intelligence. Les yeux ne présentent rien d'anormal. L'inspection de l'oreille ne révèle rien de particulier. Le pouls bat 98 à la minute. Le malade se plaint beaucoup de mal de tête et est très abattu.

Ouverture de l'apophyse mastoïde et de l'antre ; la première est dure et profonde, renferme peu de pus ; l'antre renferme des masses caséiformes abondantes. Curettage de l'antre et tamponnement des deux cavités à la gaze iodoformée. On pratique une incision horizontale, dirigée en arrière, et on enlève un disque osseux au-dessus du sinus sigmoïde, à un pouce en arrière du conduit auditif. On tombe sur une collection purulente située dans la fosse sigmoïde et au niveau de la surface

postérieure du rocher. Le sinus est tuméfié et de coloration jaunâtre, sa paroi externe surtout. Le sinus fut alors excisé dans les deux directions, dans toute sa longueur ; il renfermait un caillot sanguin, de coloration foncée à la périphérie, grisâtre dans sa partie centrale, où il y avait un commencement de désagrégation. Le caillot fut enlevé avec une cuiller tranchante. Il ne pouvait pas avoir plus d'un pouce et demi de longueur, car il n'était pas besoin de pousser bien loin la cuiller pour provoquer une hémorragie dans les deux directions. On arrêta l'hémorragie en tamponnant le sinus à la gaze iodoformée.

Le lendemain, la température était normale. Le tampon fut changé au bout de quarante-huit heures; l'hémorragie s'est reproduite, mais put encore être arrêtée sans difficulté.

Pendant huit à dix jours, le malade était très bien, la guérison s'effectuant assez rapidement. Une tuméfaction se forma alors à la partie la plus supérieure du muscle sterno-mastoïdien et s'étendit en avant, au-dessous de l'angle de la mâchoire; la température commença à s'élever en même temps. La peau entourant la plaie est devenue eczémateuse.

Huit jours plus tard, la température redevint normale et la tuméfaction avait diminué. Il se produisit alors un écoulement abondant de pus par la plaie cranienne, et la pression exercée au niveau de la tuméfaction augmentait cet écoulement.

Cette tuméfaction était évidemment due à la présence d'une collection purulente qui communiquait avec la cavité cranienne, probablement à travers une ouverture qui serait résultée de la carie de la partie profonde de l'apophyse mastoïde ou des régions avoisinant l'apophyse. Il s'agissait d'une mastoïdite, dite de Bezold, remarquable en ce qu'elle guérit complètement et rapidement, sans aucune nouvelle intervention. Le malade peut être considéré comme définitivement guéri.

Il résulte de cette observation que la ligature de la jugulaire ne constitue pas une opération indispensable; qu'on peut s'abstenir de cette opération dans le cas où il n'existe pas

encore d'abcès par embolie, où l'on peut produire une hémorragie franche par les deux bouts du sinus, en enlevant les thrombus, ou lorsqu'un caillot ferme et solide bouche le sinus, soit aux deux extrémités, soit seulement à l'extrémité inférieure. (*Bristol med.-chir. Journ.*, mars 1901.)

Dr JANKELEVITCH.

Nature et traitement de la tympanite adhésive précoce (sclérose auriculaire primitive des jeunes) par M. le Dr Arist. MALHERBE.

A côté de la sclérose primitive, spéciale à l'âge adulte et à la vieillesse, il existe une autre forme d'otite scléreuse, dont le caractère principal est d'être essentiellement précoce et rapide, et que l'auteur appelle tympanite adhésive précoce ou sclérose auriculaire primitive des jeunes.

Au début, on trouve dans la caisse des brides fibreuses déterminant l'ankylose de l'appareil de transmission. Ces brides doivent être considérées comme les résidus du bouchon muco-gélatineux fœtal incomplètement résorbé. La tympanite adhésive précoce naît dans la caisse et dans l'antre, et ce n'est que secondairement qu'elle envahit le labyrinthe. Le tympan conserve sa transparence, il est cependant parfois un peu épaissi.

Cette forme de sclérose précoce est l'apanage de la jeunesse et se montre plus spécialement chez la femme et le plus souvent à l'occasion des poussées congestives de la puberté, de la menstruation et de la grossesse.

La surdité dans cette affection est généralement progressive, après avoir débuté insidieusement. Parfois elle évolue avec une rapidité vraiment étonnante.

Cette tympanite adhésive précoce, abandonnée à elle-même, aboutit fatalement à l'otite labyrinthique. Malheureusement il est rare qu'on puisse intervenir à temps, car les malades s'occupent de faire soigner leur affection alors qu'elle a, pour ainsi dire, terminé son évolution.

A la période d'ankylose effective, alors que l'oreille interne n'est pas envahie, le seul traitement rationnel est l'évidement pétro-mastoïdien. Par ce moyen, en effet, on peut sectionner les brides et adhérences, causes premières de l'affection, et rendre

transmission une partie de sa mobilité. Dans
esure, la marche rapide du processus scléreusant
isque la cause est supprimée. De plus, l'évide-
gir d'une autre manière. En supprimant une
nsidérable de tissu osseux, il permettrait aux
de venir impressionner plus directement le laby-
méd., mars 1901.) Dr G. Dupond.

---

nce de l'audition, par le Dr Lermoyez.

rçoit, en général, de l'affaiblissement de l'acuité
rsqu'il est devenu presque irrémédiable. C'est
ıvient de surveiller systématiquement l'audition
ı de la vie.

six mois, un *nourrisson* paraît rester indifférent
ıits qui se font autour de lui; si, plus tard, au
t de la deuxième année, il ne parle pas encore,
vront en déduire que l'oreille fonctionne mal et
nédecin auriste.

ıf, la surveillance doit être plus étroite encore,
intellectuel en dépend.

liers qu'on accuse d'avoir la tête dure, ont seule-
dure. Aussi, est-ce vers l'âge de sept ans, avant
lège, que le futur élève devra subir à ce point de
n très soigneux. La dictée au tableau noir est
ıs simple et la plus rapide (Gellé), qui permettra
cuité auditive des sujets, et de rapprocher du
hes qui elle sera trouvée diminuée, au lieu de les
nd de la classe comme distraits ou paresseux,
se pratique couramment dans les établissements

devenu un *adolescent;* il s'agit de lui trouver un
e décision ne devrait être prise sans l'avis du
le. Garde-t-il d'une ancienne otite un tympan
rnez-le de toute profession qui touche à la mer.
ı une famille où, de père en fils, on a eu l'oreille
e heure? Craignez pour lui les professions
éjour des grandes villes; volontiers déconseillez

Enfin, l'adulte devra aussi, de temps en temps, faire vérifier son audition; c'est même une nécessité dans certaines professions : les *mécaniciens de chemins de fer*, qui peuvent être atteints à leur insu d'un véritable daltonisme auriculaire (Moos), et les *chanteurs*, qui peuvent perdre la justesse de leur voix, uniquement parce que leur oreille défaillante contrôle mal leur émission vocale.

Dr E. LAFARELLE.

Otite moyenne aiguë suppurée; évacuation du pus par la trompe d'Eustache, sans perforation du tympan, par les Drs MAISON et MASURE.

Il s'agit d'un malade qui ressentit subitement, dans la nuit, une douleur très vive dans l'oreille gauche. Jusque-là, il n'avait jamais souffert des oreilles. L'apophyse mastoïde n'était pas douloureuse. Surdité absolue. Le tympan était rouge dans toute son étendue : on ne voyait plus le triangle lumineux, ni le manche du marteau, ni son apophyse externe. Le surlendemain, le malade ayant craché du pus en assez grande quantité, les douleurs cessèrent : l'expectoration purulente dura quarante-huit heures. Douze jours après le début de la maladie, tout était rentré dans l'ordre.

L'évacuation du pus d'une otite moyenne suppurée aiguë par la trompe est très rare, et cela s'explique par ce fait que l'orifice tympanique de la trompe n'est pas situé à la partie déclive de la caisse, mais, au contraire, à la partie supérieure de la paroi antérieure, au-dessus d'une ligne horizontale passant par la partie supérieure de la membrane du tympan. (*Arch. de méd. et de pharm. militaires*, avril 1901.)

Dr F. ARDENNE.

NOUVELLES

— Le **Congrès britannique de la tuberculose** se tiendra à Queen's Hall, Londres, W., du lundi 22 au vendredi 26 juillet 1901, sous le patronage de S. M. le roi Édouard VII.

Les travaux du Congrès sont divisés en quatre sections :

Ire *Section :* Statistique, influence des logements et des agglomé-

Enfin, l'adulte [illegible] son audition; c'est [illegible] sions : les *mécan*[illegible] atteints à leur [illegible] (Moos), et les [illegible] voix, uniquement [illegible] mal leur émission.

Otite moyenne aiguë [illegible] la trompe d'Eustache [illegible]
Dr Maison et Mlle [illegible]

Il s'agit [illegible] une d[illegible] jamais s[illegible] douloure[illegible] toute [illegible] le manche [illegible] demain, le [illegible] tité, les [illegible] quarante [illegible] tout est [illegible]

L'évacuation du [illegible] par la trompe est [illegible] l'orifice tympanique de [illegible] déclive de la caisse, mais [illegible] de la paroi antérieure, [illegible] sant par la partie supérieure [illegible] (*Arch. de méd. et de* [illegible]

— Le **Congrès** [illegible] Queen's Hall, **Londres** [illegible] sous le patronage de [illegible]

Les travaux du **Congrès** [illegible] **Statistique** [illegible]

à l'appareil de transmission une partie de sa mobi
une certaine mesure, la marche rapide du processus
est enrayée puisque la cause est supprimée. De pl
ment paraît agir d'une autre manière. En suppr
partie assez considérable de tissu osseux, il perm
ondes sonores de venir impressionner plus directem
rinthe. (*Bull. méd.*, mars 1901.) Dr G. I

La surveillance de l'audition, par le Dr Lannoyer

On ne s'aperçoit, en général, de l'affaiblissement
auditive que lorsqu'il est devenu presque irrémédi
pourquoi il convient de surveiller systématiquement
à tous les âges de la vie.

Si, à l'âge de six mois, un *nourrisson* paraît rester
aux divers bruits qui se font autour de lui ; si, plu
commencement de la deuxième année, il ne parle p
les parents devront en déduire que l'oreille fonctio
consulter un médecin auriste.

Chez l'*enfant*, la surveillance doit être plus étroi
car son avenir intellectuel en dépend.

Bien des écoliers qu'on accuse d'avoir la tête dure,
ment l'oreille dure. Aussi, est-ce vers l'âge de sept
d'entrer au collège, que le futur élève devra subir à
vue un examen très soigneux. La dictée au tables
l'épreuve la plus simple et la plus rapide (Gellé), qui
d'apprécier l'acuité auditive des sujets, et de rapp
maître ceux chez qui elle sera trouvée diminuée, au
reléguer au fond de la classe comme distraits ou
ainsi que cela se pratique couramment dans les étab
publics.

L'enfant est devenu un *adolescent;* il s'agit de lui
métier. Aucune décision ne devrait être prise sans
médecin auriste. Garde-t-il d'une ancienne otite
perforé? Détournez-le de toute profession qui touch
Appartient-il à une famille où, de père en fils, on a
dure de bonne heure? Craignez pour lui les
bruyantes, le séjour des grandes villes; volontiers d
le mariage.

temps en temps, faire vérifier
écessité dans certaines profes-
ins de fer, qui peuvent être
itable dallonisme auriculaire
ivent perdre la justesse de leur
ur oreille défaillante contrôle

Dr E. Lafarelle.

urée; évacuation du pus par
rforation du tympan, par les Dr Maison et Masure.

Il s'agit d'un malade qui ressentit subitement, dans la nuit, une douleur très vive dans l'oreille gauche. Jusque-là, il n'avait jamais souffert des oreilles. L'apophyse mastoïde n'était pas douloureuse. Surdité absolue. Le tympan était rouge dans toute son étendue : on ne voyait plus le triangle lumineux, ni le manche du marteau, ni son apophyse externe. Le surlendemain, le malade ayant craché du pus en assez grande qu tité, les douleurs cessèrent : l'expectoration purulente d quarante-huit heures. Douze jours après le début de la mala tout était rentré dans l'ordre.

L'évacuation du pus d'une otite moyenne suppurée a par la trompe est très rare, et cela s'explique par ce fait l'orifice tympanique de la trompe n'est pas situé à la pa déclive de la caisse, mais, au contraire, à la partie supéri de la paroi antérieure, au-dessus d'une ligne horizontale sant par la partie supérieure de la membrane du tym (*Arch. de méd. et de pharm. militaires*, avril 1901.)

Dr F. Ardenne

NOUVELLES

— Le **Congrès britannique de la tuberculose** se tien Queen's Hall, Londres, W., du lundi 22 au vendredi 26 juillet sous le patronage de S. M. le roi Édouard VII.

Les travaux du Congrès sont divisés en quatre sections :

I^re^ *Section :* Statistique, influence des logements et des aggl

le transmission une partie de sa mobilité. Dans
mesure, la marche rapide du processus sclérosant
puisque la cause est supprimée. De plus, l'évide-
agir d'une autre manière. En supprimant une
considérable de tissu osseux, il permettrait aux
s de venir impressionner plus directement le laby-
. *méd.*, mars 1901.) Dr G. Dupond.

---

llance de l'audition, par le Dr Lermoyez.

ɔerçoit, en général, de l'affaiblissement de l'acuité
lorsqu'il est devenu presque irrémédiable. C'est
onvient de surveiller systématiquement l'audition
es de la vie.

le six mois, un *nourrisson* paraît rester indifférent
ruits qui se font autour de lui; si, plus tard, au
ɛnt de la deuxième année, il ne parle pas encore,
levront en déduire que l'oreille fonctionne mal et
médecin auriste.

ant, la surveillance doit être plus étroite encore,
r intellectuel en dépend.

colliers qu'on accuse d'avoir la tête dure, ont seule-
e dure. Aussi, est-ce vers l'âge de sept ans, avant
ollège, que le futur élève devra subir à ce point de
ıen très soigneux. La dictée au tableau noir est
ɔlus simple et la plus rapide (Gellé), qui permettra
'acuité auditive des sujets, et de rapprocher du
chez qui elle sera trouvée diminuée, au lieu de les
fond de la classe comme distraits ou paresseux,
ı se pratique couramment dans les établissements

ɜt devenu un *adolescent;* il s'agit de lui trouver un
ıne décision ne devrait être prise sans l'avis du
iste. Garde-t-il d'une ancienne otite un tympan
ɔurnez-le de toute profession qui touche à la mer.
l à une famille où, de père en fils, on a eu l'oreille
ıne heure? Craignez pour lui les professions
séjour des grandes villes; volontiers déconseillez

Enfin, l'adulte devra aussi, de temps en temps, faire vérifier son audition; c'est même une nécessité dans certaines professions : les *mécaniciens de chemins de fer*, qui peuvent être atteints à leur insu d'un véritable daltonisme auriculaire (Moos), et les *chanteurs*, qui peuvent perdre la justesse de leur voix, uniquement parce que leur oreille défaillante contrôle mal leur émission vocale.

Dr E. LAFARELLE.

Otite moyenne aiguë suppurée; évacuation du pus par la trompe d'Eustache, sans perforation du tympan, par les Drs MAISON et MASURE.

Il s'agit d'un malade qui ressentit subitement, dans la nuit, une douleur très vive dans l'oreille gauche. Jusque-là, il n'avait jamais souffert des oreilles. L'apophyse mastoïde n'était pas douloureuse. Surdité absolue. Le tympan était rouge dans toute son étendue : on ne voyait plus le triangle lumineux, ni le manche du marteau, ni son apophyse externe. Le surlendemain, le malade ayant craché du pus en assez grande quantité, les douleurs cessèrent : l'expectoration purulente dura quarante-huit heures. Douze jours après le début de la maladie, tout était rentré dans l'ordre.

L'évacuation du pus d'une otite moyenne suppurée aiguë par la trompe est très rare, et cela s'explique par ce fait que l'orifice tympanique de la trompe n'est pas situé à la partie déclive de la caisse, mais, au contraire, à la partie supérieure de la paroi antérieure, au-dessus d'une ligne horizontale passant par la partie supérieure de la membrane du tympan. (*Arch. de méd. et de pharm. militaires*, avril 1901.)

Dr F. ARDENNE.

NOUVELLES

— Le **Congrès britannique de la tuberculose** se tiendra à Queen's Hall, Londres, W., du lundi 22 au vendredi 26 juillet 1901, sous le patronage de S. M. le roi Édouard VII.

Les travaux du Congrès sont divisés en quatre sections :

Ire *Section :* Statistique, influence des logements et des agglomé-

reil de transmission une partie de sa mobilité. Dans aine mesure, la marche rapide du processus sclérosant yée puisque la cause est supprimée. De plus, l'évide- ırait agir d'une autre manière. En supprimant une ssez considérable de tissu osseux, il permettrait aux ınores de venir impressionner plus directement le laby-
(*Bull. méd.*, mars 1901.) Dr G. Dupond.

---

urveillance de l'audition, par le Dr Lermoyez.

e s'aperçoit, en général, de l'affaiblissement de l'acuité que lorsqu'il est devenu presque irrémédiable. C'est ıi il convient de surveiller systématiquement l'audition es âges de la vie.

'âge de six mois, un *nourrisson* paraît rester indifférent ers bruits qui se font autour de lui; si, plus tard, au ıcement de la deuxième année, il ne parle pas encore, nts devront en déduire que l'oreille fonctionne mal et r un médecin auriste.

l'*enfant*, la surveillance doit être plus étroite encore, avenir intellectuel en dépend.

des écoliers qu'on accuse d'avoir la tête dure, ont seule- ɔreille dure. Aussi, est-ce vers l'âge de sept ans, avant au collège, que le futur élève devra subir à ce point de examen très soigneux. La dictée au tableau noir est e la plus simple et la plus rapide (Gellé), qui permettra ːier l'acuité auditive des sujets, et de rapprocher du ceux chez qui elle sera trouvée diminuée, au lieu de les au fond de la classe comme distraits ou paresseux, e cela se pratique couramment dans les établissements

ant est devenu un *adolescent;* il s'agit de lui trouver un Aucune décision ne devrait être prise sans l'avis du ı auriste. Garde-t-il d'une ancienne otite un tympan ? Détournez-le de toute profession qui touche à la mer. ent-il à une famille où, de père en fils, on a eu l'oreille ɔ bonne heure? Craignez pour lui les professions es, le séjour des grandes villes; volontiers déconseillez ıge.

en temps, faire vérifier
dans certaines profes-
fer, qui peuvent être
laltonisme auriculaire
rdre la justesse de leur
le défaillante contrôle

Dr E. LAFARELLE.

**racuation du pus par
on du tympan,** par les

bitement, dans la nuit,
ne. Jusque-là, il n'avait
e mastoïde n'était pas
pan était rouge dans
triangle lumineux, ni
se externe. Le surlen-
en assez grande quan-
ation purulente dura
le début de la maladie,

yenne suppurée aiguë
plique par ce fait que
t pas situé à la partie
, à la partie supérieure
ligne horizontale pas-
nembrane du tympan.
es, avril 1901.)

Dr F. ARDENNE.

5

iberculose se tiendra à
vendredi 26 juillet 1901,
VII.

Les travaux du Congrès sont divisés en quatre sections :
Ire *Section :* Statistique, influence des logements et des agglomé-

à l'appareil de transmission une partie de sa mobilité. Dans une certaine mesure, la marche rapide du processus sclérosant est enrayée puisque la cause est supprimée. De plus, l'évidement paraît agir d'une autre manière. En supprimant une partie assez considérable de tissu osseux, il permettrait aux ondes sonores de venir impressionner plus directement le labyrinthe. (*Bull. méd.*, mars 1901.) Dr G. Dupond.

La surveillance de l'audition, par le Dr Lermoyez.

On ne s'aperçoit, en général, de l'affaiblissement de l'acuité auditive que lorsqu'il est devenu presque irrémédiable. C'est pourquoi il convient de surveiller systématiquement l'audition à tous les âges de la vie.

Si, à l'âge de six mois, un *nourrisson* paraît rester indifférent aux divers bruits qui se font autour de lui; si, plus tard, au commencement de la deuxième année, il ne parle pas encore, les parents devront en déduire que l'oreille fonctionne mal et consulter un médecin auriste.

Chez l'*enfant*, la surveillance doit être plus étroite encore, car son avenir intellectuel en dépend.

Bien des écoliers qu'on accuse d'avoir la tête dure, ont seulement l'oreille dure. Aussi, est-ce vers l'âge de sept ans, avant d'entrer au collège, que le futur élève devra subir à ce point de vue un examen très soigneux. La dictée au tableau noir est l'épreuve la plus simple et la plus rapide (Gellé), qui permettra d'apprécier l'acuité auditive des sujets, et de rapprocher du maître ceux chez qui elle sera trouvée diminuée, au lieu de les reléguer au fond de la classe comme distraits ou paresseux, ainsi que cela se pratique couramment dans les établissements publics.

L'enfant est devenu un *adolescent;* il s'agit de lui trouver un métier. Aucune décision ne devrait être prise sans l'avis du médecin auriste. Garde-t-il d'une ancienne otite un tympan perforé? Détournez-le de toute profession qui touche à la mer. Appartient-il à une famille où, de père en fils, on a eu l'oreille dure de bonne heure? Craignez pour lui les professions bruyantes, le séjour des grandes villes; volontiers déconseillez le mariage.

Enfin, l'adulte devra aussi, de temps en temps, faire vérifier son audition; c'est même une nécessité dans certaines professions : les *mécaniciens de chemins de fer*, qui peuvent être atteints à leur insu d'un véritable daltonisme auriculaire (Moos), et les *chanteurs*, qui peuvent perdre la justesse de leur voix, uniquement parce que leur oreille défaillante contrôle mal leur émission vocale.

Dr E. LAFARELLE.

Otite moyenne aiguë suppurée; évacuation du pus par la trompe d'Eustache, sans perforation du tympan, par les Drs MAISON et MASURE.

Il s'agit d'un malade qui ressentit subitement, dans la nuit, une douleur très vive dans l'oreille gauche. Jusque-là, il n'avait jamais souffert des oreilles. L'apophyse mastoïde n'était pas douloureuse. Surdité absolue. Le tympan était rouge dans toute son étendue : on ne voyait plus le triangle lumineux, ni le manche du marteau, ni son apophyse externe. Le surlendemain, le malade ayant craché du pus en assez grande quantité, les douleurs cessèrent : l'expectoration purulente dura quarante-huit heures. Douze jours après le début de la maladie, tout était rentré dans l'ordre.

L'évacuation du pus d'une otite moyenne suppurée aiguë par la trompe est très rare, et cela s'explique par ce fait que l'orifice tympanique de la trompe n'est pas situé à la partie déclive de la caisse, mais, au contraire, à la partie supérieure de la paroi antérieure, au-dessus d'une ligne horizontale passant par la partie supérieure de la membrane du tympan. (*Arch. de méd. et de pharm. militaires*, avril 1901.)

Dr F. ARDENNE.

NOUVELLES

— Le **Congrès britannique de la tuberculose** se tiendra à Queen's Hall, Londres, W., du lundi 22 au vendredi 26 juillet 1901, sous le patronage de S. M. le roi Édouard VII.

Les travaux du Congrès sont divisés en quatre sections :

Ire *Section :* Statistique, influence des logements et des agglomé-

rations ; contrôle de l'alimentation par le lait et la viande ; installation des sanatoria.

II[e] *Section :* Médecine, y compris la climatologie et les sanatoria.

III[e] *Section :* Pathologie, y compris la bactériologie.

IV[e] *Section :* La tuberculose chez les animaux.

Pour s'inscrire comme membre au Congrès, on est prié d'envoyer la cotisation de 25 francs et une carte de visite au secrétaire général, 20, Hanover Square, London, W.

Les langues officielles du Congrès sont l'anglais, le français et l'allemand. Les auteurs de communications sont priés de fournir à l'avance des extraits pour traduction.

— Dans sa séance du 3 mai dernier, la **Société de laryngologie de Berlin** a élu les D[rs] Gouguenheim et Lermoyez membres correspondants.

— La **Société berlinoise d'otologie** s'est constituée le 19 mars dernier, avec le bureau suivant :

Présidents, Lucae et Trautmann ; *secrétaires*, Jacobson et Schwabach ; *trésorier*, Hartmann ; *bibliothécaire*, Blau.

NÉCROLOGIE

G. FICANO

Nous apprenons avec regret la mort du D[r] Ficano, qui a succombé à Palerme le 4 mai dernier, à la suite d'une infection contractée en soignant un malade. Né en juin 1859 et docteur en 1884, Ficano étudia la spécialité à Vienne, Berlin et Paris, où il fut pendant quelque temps l'assistant de Chatelier. De retour en Sicile, il eut, en 1890, la direction d'un dispensaire, créé pour lui à l'hôpital Saint-Xavier, de Palerme, et, en 1895, il obtint le titre de docent. La plupart de ses travaux ont paru dans le *Bolletino di Grazzi* et dans la *Gazzetta degli ospedali*.

Bordeaux. — Impr. G. COUSOUILHOU, rue Guiraude, 11.

22e ANNÉE. N° 30. 27 JUILLET 1901.

REVUE HEBDOMADAIRE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

ŒDÈME INFLAMMATOIRE AIGU
ET ABCÈS DU LARYNX[1]

Par le Dr **LUBET-BARBON**, de Paris.

Le titre même de ma communication montre, comme d'ailleurs les observations personnelles que je rapporte, que j'ai en vue les phénomènes inflammatoires ou infectieux, puisque inflammation est fonction d'infection, qui donnent lieu à des accidents graves du côté du larynx et peuvent se terminer par l'aboutissant extrême de toute inflammation, c'est-à-dire par suppuration.

La caractéristique de tous ces cas est le début brusque des accidents, la marche rapide et quelque peu dramatique de l'affection, l'utilité d'un traitement rationnel continué pendant toute la durée de la maladie.

La laryngite phlegmoneuse primitive est une affection de l'âge adulte, plus fréquente chez l'homme que chez la femme. On en a cité des exemples chez l'enfant.

OBSERVATION I[2]. — Chez un enfant de six ans, qui mourut après huit jours de maladie sans détermination viscérale appréciable, on

1. Travail communiqué à la Société française de laryngologie, ni 1901.

2. En compulsant la littérature médicale, nous avons trouvé de nom uses observations d'œdème inflammatoire du larynx. Nous n'avons nu que celles, en nombre limité, où l'affection s'est produite d'emblée

trouva à l'autopsie, comme unique lésion, un abcès gros comme une noisette sous la muqueuse du vestibule laryngien (Obs. nº 24 de la thèse de Janicot. Paris, 1879).

Le traumatisme peut être un des facteurs étiologiques de l'œdème aigu du larynx; nous en trouvons la preuve dans les observations suivantes :

Obs. II et III. — *Deux cas d'œdème traumatique unilatéral de la glotte* (Solis-Cohen, *in Internat. Centralbl. f. Laryngol.*, 1886).

Il s'agissait, dans ces deux cas, d'un corps étranger du larynx. Dans un cas, on put l'enlever avec le doigt. Dans le second cas, on ne put le trouver. La blessure de l'épiglotte qui, chaque fois, fut le résultat du traumatisme, eut vite pour conséquence l'œdème avec tous ses symptômes : dyspnée, dysphagie, etc.... Les scarifications firent promptement céder ces phénomènes alarmants. Il y avait disproportion entre la dyspnée et l'œdème tel que le montrait le miroir (spasme des adducteurs).

La grippe paraît prédisposer le larynx à l'infection.

Obs. IV. — *Deux cas d'œdème laryngé d'origine grippale* (Cartaz, *in Rev. de laryngol.*, nº 12 de 1893).

Un palefrenier, d'une bonne santé habituelle, est pris des symptômes de la grippe, qui règne épidémiquement à ce moment. Il est admis à l'hôpital Necker parce qu'il éprouve une gêne respiratoire assez marquée, avec sensation de constriction au cou et voix un peu voilée. L'inspiration est pénible, sifflante, s'accompagne d'un léger tirage; l'expiration est assez libre. Au laryngoscope, on voit de la rougeur et du gonflement de toute la muqueuse avec la bande ventriculaire gauche formant un bourrelet volumineux qui masque en partie les cordes. Pendant vingt-quatre heures le tirage fait craindre la trachéotomie. Le traitement a consisté en sangsues placées au-devant du larynx et dans la médication de la grippe. Guérison en quelques jours.

et s'est primitivement fixée au larynx. C'est ainsi, par exemple, que nous avons rejeté tous les œdèmes consécutifs aux processus phlegmoneux de la bouche et du pharynx (angines diverses, abcès de l'amygdale palatine ou linguale, abcès latéro et rétro-pharyngien). Des faits retenus, nous avons seulement conservé, en les condensant, les traits les plus caractéristiques, renvoyant le lecteur à l'observation originale pour des détails plus complets.

Obs. V. — Femme de trente-six ans; entre à l'hôpital pour une grippe ayant déterminé des accidents identiques : inspiration pénible et bruyante, expiration facile, voix à peu près normale. Au laryngoscope, on voit une épiglotte rouge sans tuméfaction, mais une infiltration énorme de l'aryténoïde gauche qui atteint le volume d'une petite noix. Sangsues, compresses froides, etc. Guérison en quelques jours.

Mais la cause médiate la plus évidente est le refroidissement. Nous n'avons pas à reprendre la discussion sur les affections dites *a frigore*. Le procès est jugé, et il est admis actuellement que tout processus inflammatoire a pour cause immédiate une infection microbienne. Mais il est certain que le refroidissement brusque est une des conditions qui mettent le mieux l'organisme dans cet état d'opportunité morbide où l'infection peut se réaliser. En particulier, les états inflammatoires du carrefour pharyngo-laryngé et, au premier rang, ceux que nous avons en vue ici, paraissent dans une relation étroite avec le refroidissement et nous retrouvons le coup de froid dans l'histoire de presque tous les malades. Voici, à cet égard, un cas des plus typiques :

Obs. VI. — *Œdème aigu du larynx par refroidissement. Trachéotomie. Guérison* (Oulmont, *Méd. moderne,* 12 juin 1890).

Homme adulte, ébéniste, est amené à l'hôpital Tenon en état d'asphyxie et trachéotomisé d'urgence. Cet homme est descendu dans une cave étant en sueur, s'est refroidi brusquement et a été pris presque aussitôt de frissons et de dysphagie légère. Le lendemain, le mal de gorge augmente et le malade éprouve de la dyspnée qui va rapidement en croissant et nécessite le transport du malade à l'hôpital.

Après la trachéotomie, le malade se rétablit rapidement; sa température, qui était de 40°, descend à 38°. La laryngoscopie est pratiquée trois jours après l'opération. Elle montre une épiglotte rouge et œdémateuse, les replis ary-épiglottiques également rouges et tuméfiés. La canule est retirée le neuvième jour et au bout de trois semaines le larynx est normal.

Il s'agissait d'un homme bien portant et sans aucune tare pathologique.

L'agent infectieux, cause directe de la suppuration, est variable. Ce peut être l'un quelconque des microbes que l'on rencontre habituellement dans l'oro-pharynx, staphylocoque, streptocoque, pneumocoque.

Obs. VII (personnelle). — *Abcès du larynx. Trachéotomie. Guérison.*

Jeune homme, se présente dans la soirée du 29 avril à l'hôpital Cochin avec une gêne respiratoire telle qu'il est trachéotomisé d'urgence. Il raconte que ces accidents n'ont précédé que de quelques heures sa venue à l'hôpital. Le 20 avril, le Dr Netter, dans le service duquel il est, examine le pus qui sort par la canule et trouve du pneumocoque et du staphylocoque doré (culture). Le 29 avril j'ouvre un abcès du larynx situé dans le repli glosso-épiglottique droit; il sort du pus crémeux. L'examen microscopique de ce pus montre « des cocci en grappes restant colorés par le Gram; la culture donne un développement exclusif de *staphylococcus pyogenes aureus* ». Il s'agissait d'un abcès à staphylocoques; la présence du pneumocoque dans le pus de la canule n'avait rien de contraire à cette constatation : les pneumocoques venaient du mucus buccal ou bronchique. Le malade fut décanulé, quitta l'hôpital guéri et le Dr Netter l'a revu ultérieurement en parfaite santé.

Le streptocoque à l'état de pureté était en cause dans le cas suivant :

Obs. VIII. — *Phlegmon laryngien streptococcique* (Prieur et Claoué, Soc. franç. de laryngol., session de mai 1899).

Cette observation concerne un soldat qui, brusquement, fut pris d'un violent frisson et de dysphagie. A l'examen on constata de la congestion du pharynx, un œdème dur et violacé de l'épiglotte et des replis ary-épyglottiques, surtout du côté droit; les bandes ventriculaires sont un peu gonflées. Rien autre, les organes splanchniques sont sains. Il n'y a pas d'albumine dans les urines. Le lendemain, le malade est admis à l'hôpital. Il est dyspnéique, et devant l'aggravation de ce symptôme on se prépare, le soir, à faire la trachéotomie; mais le malade meurt sans avoir présenté d'accès de suffocation, sous les yeux des médecins.

A l'autopsie, on trouve un œdème purulent de l'épiglotte, des replis ary-épiglottiques et des bandes ventriculaires; le pus recueilli fournit des cultures pures de streptocoques. Les auteurs concluent à une mort subite indépendante de la dyspnée.

Le pneumocoque est souvent en cause. Voici une observation de pneumococcie à déterminations multiples ayant débuté par le larynx :

Obs. IX. — *Abcès rétro-laryngé aigu à pneumocoques compliqué de pneumonie* (Josserand, *Province méd.* du 16 août 1890).

Femme de quarante ans qui, au milieu d'une santé excellente, est prise subitement de dyspnée vive s'accompagnant de tirage et de cornage. Le laryngoscope montre une rougeur diffuse du pharynx; les cartilages aryténoïdes et les replis ary-épiglottiques sont tuméfiés au point que l'orifice du larynx est réduit à une fente linéaire. On prescrit un traitement approprié. Le lendemain, la dyspnée a diminué en même temps qu'est apparue une tuméfaction sur la partie latérale gauche du cou. Le miroir montre que l'œdème laryngien a diminué et qu'il y a du pus dans le larynx. Vingt-quatre heures après, expectoration abondante de pus où l'on trouve des pneumocoques. La malade a fait consécutivement une pneumonie gauche et un abcès pelvien à pneumocoques qui s'est évacué par le vagin. Guérison.

Dans la *description,* deux symptômes principaux prédominent : la dyspnée et la dysphagie, qui atteignent toute leur intensité presque dès les premières heures.

La *dyspnée* est constante. Elle peut être la première et brusque manifestation de la maladie :

Obs. X. — *Œdème aigu de l'épiglotte. Trachéotomie. Guérison* (Hope, *Med. Record* du 15 août 1835).

Un homme bien portant est pris brusquement, sans cause connue, de dyspnée violente avec accès de suffocation. On examine son larynx et l'on voit un œdème marqué des replis ary-épiglottiques. Pendant l'examen survient un violent spasme qui nécessite la trachéotomie immédiate. L'examen du larynx pratiqué, après l'opération, montre que l'épiglotte est aussi très tuméfiée. La guérison est survenue en quatre jours et il a été impossible de trouver la cause les accidents.

Obs. XI. — *Sténose foudroyante du larynx par œdème aigu* Damieno, *Archiv. ital. di laringol.*, n° 3, 1898).

Début brusque, en pleine santé, après une promenade au bord de la mer. Le malade, un homme adulte, est en proie à une vio-

e qui nécessite le tubage. Au cours de cette interven-
cile de se rendre compte que le larynx est œdématié :
glotte et les replis ary-épiglottiques transformés en une
énorme. Vingt-quatre heures après, le malade est hors
uérison.

ıée est le plus souvent vive et angoissante, s'ac-
d'un tirage plus ou moins prononcé avec respi-
ante dont le type est assez particulier. L'inspiration
, pénible. L'expiration est prolongée, et souvent
ornage. Le malade ne peut tousser, chaque quinte
gmente la gêne respiratoire; il ne peut cracher
mes raisons, bien que des mucosités produites par
ion concomitante des premières voies respiratoires
essaire et la toux et le crachement. Il ne peut
e que, dès qu'il s'oublie, la dyspnée devient paro-
qu'il présente alors de véritables accès de suffoca-
paraît-il toujours dans un demi-assoupissement,
na vigil dû non seulement à la fatigue résultant
ıie, mais aussi à une sorte d'anoxhémie lente,
e de la dyspnée.
ıivant, qui nous est personnel, est bien caracté-
et égard.

personnelle). — N..., soixante ans, a été pris en ren-
i le soir, venant d'une réunion d'amis, de toux avec
gêne dans le pharynx. Le lendemain, la dyspnée est
pour que le médecin traitant fasse venir en consul-
édecin de nos confrères. Celui-ci ne trouve aucune
pulmonaire, rien d'apparent dans le pharynx, et il
xamen laryngoscopique, pensant que la dyspnée est
ngée.
malade le lendemain (troisième jour de la maladie); je
mme gros, respirant péniblement, les coudes appuyés
n'ayant pas dormi depuis trente-six heures, mais à demi
ne trouvant, pour se reposer un instant, que de se
tête par les gens de son entourage. Ainsi, la tête étant
n ne se pliant pas, il pouvait goûter un demi-sommeil

coupé, par la toux et l'asphyxie croissante, de réveils en sursaut et d'accès de suffocation.

Les yeux sont injectés de sang, la face est violacée, la langue est sèche, et il répond avec peine et sans lucidité aux questions qu'on lui pose. Au dire du médecin, la dyspnée est allée en croissant jusqu'à quelques heures avant notre arrivée; depuis, elle est stationnaire. L'inspiration est sifflante, il y a du tirage sus-sternal ; l'expiration est pénible et prolongée.

La dysphagie est intense et telle que le malade ne peut avaler sa salive qu'il laisse couler en dehors de la bouche.

Au laryngoscope on voit un gonflement œdémateux qui siège sur le côté droit de l'orifice laryngé, dans les replis aryténo-épiglottiques et glosso-épiglottiques. L'épiglotte est repoussée en dedans et comme pliée, de telle sorte que sa moitié droite recouvre à peu près complètement l'orifice du larynx et ne permet pas de voir l'intérieur de la cavité.

Après cocaïnisation, je plonge dans l'angle glosso-épiglottique et parallèlement à l'épiglotte, un bistouri recourbé. Il sort une assez grande quantité de sang, mais je ne puis constater de pus. Comme le malade habite hors Paris et que, par conséquent, la surveillance est difficile, je discute pendant longtemps l'opportunité d'une trachéotomie et je me décide à ne pas la tenter parce que, entre temps, la respiration s'améliore et le malade peut parler et avaler. Cependant, une nouvelle inspection du larynx ne me montre aucun changement dans l'état des parties. J'institue le traitement par les fumigations, poudre de morphine, etc. Je revois le malade deux jours après. Les symptômes ont été en s'améliorant dans les heures qui ont suivi mon intervention; le malade est encore légèrement aphone, mais il avale facilement et l'inspection seule est encore comme humée. L'état général s'est amélioré. Il y a encore du gonflement et l'épiglotte a conservé sa plicature au-dessus de l'orifice laryngien. Trois jours après, le malade reprend ses occupations; il est aujourd'hui parfaitement guéri.

La dyspnée dure pendant toute la maladie; mais il faut dire qu'elle a atteint son maximum dès les trois ou quatre premiers jours, et, de fait, dans les cas où la trachéotomie a été nécessaire, ce fut toujours dans les quarante-huit premières heures (voir les observations VI, *VII*, X, XVII). La dyspnée s'exacerbe par tous les mouvements, par la toux, la

déglutition, un examen pratiqué sans assez de ménagements (obs. X), etc., et des accès de suffocation ont quelquefois d'urgence nécessité l'intervention, lorsqu'ils n'ont pas emporté le malade en quelques minutes.

Obs. XIII (personnelle). — Il s'agit du parent d'un confrère, homme de quarante-cinq à cinquante ans, qui, brusquement, fut pris dans la journée d'accès de suffocation, dyspnée intense avec inspiration sifflante et pénible, orthopnée, etc. L'auscultation ne pouvant montrer les causes de cette dyspnée, mon confrère vint vers sept heures me prier de passer dans la soirée. Moins rassuré que lui, je me rends de suite près du malade. Quand nous arrivons, il vient de mourir brusquement depuis quelques instants. Il s'agissait d'un œdème aigu primitif du larynx.

La dysphagie est un symptôme qui ne manque jamais. Elle est douloureuse au point que le malade sent dans sa gorge comme un corps étranger pointu qui entrerait dans sa muqueuse à chaque mouvement de déglutition, A cause de l'œdème de l'entonnoir laryngien qui durcit des parties habituellement molles et mobiles, les liquides que le malade tente d'avaler se trompent de route, tombent dans le larynx, provoquent la toux et augmentent la dyspnée.

A part de la rougeur et quelques mucosités, on ne trouve rien d'anormal dans le pharynx.

Au laryngoscope, quand l'examen est possible, l'aspect est variable suivant la localisation des lésions. Tantôt celles-ci siègent sur la paroi postérieure du larynx, tantôt sur la paroi antérieure; mais elles sont toujours latéralisées. Dans nos cas personnels cette dernière localisation était constante. Le gonflement siégeait dans l'espace glosso-épiglottique formant quelquefois tumeur en ce point-là. La bande ventriculaire du même côté était gonflée, et c'est ce gonflement qui créait la sténose laryngée. Dans un cas, la tuméfaction d'une des bandes était telle que dans sa partie la plus saillante elle venait toucher tangentiellement sa congénère,

laissant en arrière et en avant de ce contact deux petites glottes par lesquelles se faisait la respiration.

Obs. XIV (personnelle). — *Abcès du larynx* a frigore. *Incision. Guérison.*

Homme de cinquante-cinq ans. Est pris brusquement en sortant du Hammam d'une sensation de corps étranger de la gorge, du côté droit, qui le fait tousser toute la soirée. Le lendemain, dans la matinée, il commence à éprouver une certaine gêne respiratoire avec voix étouffée et dysphagie. Les phénomènes de tirage augmentent très rapidement et je suis appelé par son médecin qui craint que la trachéotomie ne soit bientôt nécessaire. A neuf heures du soir, je trouve le malade anxieux, avec de la dypsnée inspiratoire et une expiration bruyante et prolongée. Le cou est souple, non douloureux, la langue se laisse facilement déprimer. A l'examen laryngoscopique, on voit une rougeur marquée siégeant dans la région glosso-épiglottique droite, la bande ventriculaire du même côté est tuméfiée et recouvre la corde vocale. Le côté gauche paraît sain. Je conseille des fumigations et fais tout préparer pour une trachéotomie qui me paraît imminente. Le lendemain, la dyspnée n'a pas augmenté en proportion du gonflement, la bande ventriculaire touche sa congénère du côté opposé et remplit comme une hémisphère la cavité du larynx, laissant en avant et en arrière deux segments, comme deux petites glottes, par où se fait la respiration. Après cocaïnisation, j'enfonce dans la fossette glosso-épiglottique droite un bistouri à larynx et je trouve du pus sur la lame du bistouri. Le soir, le gonflement intra-laryngien est considérablement diminué et le malade paraît hors de danger. Les fumigations et les pulvérisations sont continuées et la guérison survient quelques jours après.

Il convient de noter l'immobilisation presque constante de tout le côté malade, analogue à celle que l'on observe dans le cancer.

Obs. XV. — *A propos des abcès du larynx* (M. Moll, IVe réunion annuelle de la Soc. belge d'oto-laryngol., juin 1893).

Homme robuste, présente de l'enrouement depuis trois jours sans douleur ni dyspnée. Au laryngoscope, on voit un œdème assez marqué du cartilage aryténoïde droit ; infiltration légère et immobilité absolue de la corde vocale droite. Au bout de quelques jours

ouvre au niveau de l'apophyse vocale et les phénomènes
nt, sauf la rougeur de la corde. Quelques jours après,
neumonie. Guérison en trois semaines.

I. — *Abcès intra-laryngé idiopathique* (Mac-Donald,
t, 24 septembre 1887).

quarante ans, éprouve une sensation de corps étranger
ge et de la dyspnée en gravissant un escalier. Le miroir
e sténose due à de la congestion et de l'œdème de la
he; œdème sous-glottique du même côté; espace inter-
n également tuméfié. La corde droite est fixée en posi-
rique. Bientôt le gonflement s'accentue et la bande ven-
lroite s'infiltre. La dyspnée devient intense. Une incision
ec le bistouri de Mackenzie et donne issue à une grande
pus crémeux. Guérison en quelques jours.

nomènes généraux sont ceux que l'on observe dans
gmasie, surtout dans toute phlegmasie angineuse.
a fièvre; il y a eu des frissons.
ion est grave par sa localisation; elle est aussi grave

BIBLIOGRAPHIE

r. — *Mémoire sur la laryngite purulente*. Thèse de Paris,

er. — *Traité de l'angine œdémateuse*. Paris, 1852.

ld. — Larynx abcess. (*Berlin. klin. Wochens.*, 1864).

ith. — Abcès des replis ary-épiglottiques (*Archiv. of med.* 1879).

ot. — *Abcès du larynx*. Thèse de Paris, 1879.

den. — *Bull. Soc. clin. de Paris*, 1880.

— *Contribution à l'étude de la laryngite phlegmoneuse*.
ris, 1882.

e. — *Recueil clinique sur les malad. du larynx*. Paris, 1884.

azac. — *Étude sur l'œdème aigu du larynx*. Thèse de
885.

and. *Laryngite aiguë suppurée. Trachéotomie. Mort* (Soc.
is, 1885).

el. — Abcès laryngé aigu primitif avec pneumonie double
nal. de l'oreille, 1885, p. 165).

e. — Œdème aigu de l'épiglotte. Trachéotomie. Guérison
ord, 15 août 1885).

comme maladie infectieuse, puisqu'on a vu des malades mourir malgré une trachéotomie levant l'obstacle respiratoire.

Obs. XVII. — *Abcès rétro-laryngien aigu primitif. Trachéotomie. Mort* (*in* Thèse de Goix, Paris, 1882).

Un homme de vingt-quatre ans est pris, en pleine santé, après un refroidissement, de fièvre et de douleur au niveau du larynx; en même temps, raucité de la voix, toux et gêne inspiratoire très notable. Bientôt la dysphagie devient intense et la suffocation menaçante. Trachéotomie d'urgence deux jours après le refroidissement. Malgré que l'obstacle à la respiration fût levé, l'état du malade s'aggrave, il se fait un gonflement progressif de la partie antérieure du cou et la mort arrive au cinquième jour.

A l'autopsie, on trouve une collection purulente sous chacune des gouttières latérales.

Obs. XVIII. — *Laryngite aiguë suppurée. Trachéotomie. Mort* (Florand, Soc. clinique de Paris, 1885).

Un artiste dramatique, surmené, est pris subitement d'une douleur violente dans la gorge avec dyspnée croissante, aphonie et point de côté. Il est trachéotomisé d'urgence à son arrivée à l'hô-

13. **E. Amory,** de Blois. — De l'œdème aigu du larynx (*New-York med. Journ.*, 18 décembre 1886. Contient 16 observations inédites).

14. **S. Solis-Cohen.** — Deux cas d'œdème traumatique de la glotte (*Internat. Centralbl. f. Laryngol.*, 1886).

15. **Fraenkel.** — *Mort subite par œdème aigu de l'épiglotte* (Soc. méd. de Berlin, 11 mai 1887).

16. **G. Mac-Donald.** — Deux cas d'abcès intra-laryngés idiopathiques (*The Lancet,* 24 sept. 1887).

17. **Ruault.** — *Épiglottite œdémateuse primitive* (Soc. franç. de laryngol., octobre 1887).

18. **Vigot.** — Œdème aigu de la glotte. Trachéotomie. Guérison (*Année méd. de Caen,* janv. 1888).

19. **Bernardino Martino.** — Œdème aigu primitif du larynx. Trachéotomie. Guérison (*Progresso med.*, 10 fév. 1889).

20. **Oulmont.** — Œdème aigu du larynx par refroidissement. Trachéotomie. Guérison (*Méd. moderne,* 12 juin 1890).

21. **Josserand.** — Abcès rétro-laryngien différentiel à pneumocoques compliqué de pneumonie (*Province méd.*, 16 août 1890).

22. **Pilatte.** — Trachéotomie pour œdème laryngé (*Union méd.*, 16 oct. 1890).

23. **Merklen.** — *Phlegmon infectieux du pharynx et du larynx* (Société méd. des hôpit., 1880, n° 32).

pital en raison de son état asphyxique. L'opération n'apporte pas un soulagement notable au malade, dont l'état général s'aggrave et qui succombe vingt-quatre heures après.

Autopsie : infiltration purulente de toute la muqueuse du larynx, surtout au niveau des replis ary-épiglottiques, des cordes vocales inférieures et supérieures. Cette infiltration ne dépasse pas le larynx. Pneumocoques dans le pus (Cornil). Plèvre droite pleine de pus.

Elle est surtout dramatique par la rapidité de son évolution si bien que la trachéotomie paraît imminente et que, dans la plupart des cas qui me sont personnels, j'ai été appelé pour pratiquer cette intervention.

Et cependant il est très possible, mes observations et celles que nous avons compulsées en font foi, d'éviter dans la plupart des cas cette extrémité opératoire. Il ne faut pas trop s'effrayer de la dyspnée et se dire qu'après quarante-huit ou soixante heures, l'œdème cesse de s'accroître, qu'il reste stationnaire pendant trois à quatre jours, pour diminuer ensuite plus ou moins lentement.

24. **Mandelstamm.** — *Contribution à l'étude des abcès rétro-laryngés primitifs.* Thèse de Paris, 1891.

25. **Irsai.** — Abcès idiopathiques du larynx (*Internat. klin. Rundschau,* 5 juill. 1891).

26. **Garel.** — Œdème aigu infectieux bénin du larynx (*Ann. des mal. de l'oreille,* 1891, p. 453).

27. **Milligan.** — Abcès idiopathiques du larynx (*Rev. de laryngol. de Moure,* 1892, p. 554).

28. **Brown.** — Abcès du larynx (*Med. Record,* 12 août 1893).

29. **Hugh Montgomerie.** — Cas d'œdème aigu de la glotte à issue fatale (*Journ. of laryngol., rhinol. and otol.*, mai 1893).

30. **Moll.** — *A propos des abcès du larynx* (Société belge d'otologie, juin 1893).

31. **Cartaz.** — Deux cas d'œdème laryngé d'origine grippale (*Rev. de laryngol. de Moure,* 1893, n° 12).

32. **Cheatham.** — Œdème aigu du larynx. Intubation (*Med. and surg. Reporter,* 3 mars 1894).

33. **Barjou.** — Des œdèmes aigus primitifs infectieux du larynx (*Gaz. des hôpit.*, 19 mai 1894).

34. **Warthen.** — Un cas d'œdème aigu du larynx dans lequel la guérison est survenue après trachéotomie (*Philadelph. med. News,* 20 avril 1895).

L'observation suivante est, à cet égard, des plus caractéristiques :

Obs. XIX (personnelle). — Homme de trente-cinq ans. A la suite d'un coup de froid, est pris de toux avec gêne respiratoire très intense et tirage sus-sternal très marqué. Le malade est aphone.

Au laryngoscope, on voit une rougeur intense de toute la muqueuse laryngée qui est gonflée d'une façon uniforme. Comme le malade est très oppressé, que l'examen laryngoscopique est difficile et provoque presque des accès de suffocation, il m'est impossible de le faire complètement et de localiser la lésion.

La situation est assez menaçante pour que je laisse près du malade le Dr Sarremone pour faire la trachéotomie en cas d'urgence. Je conseille les fumigations, l'enveloppement humide du cou. Deux jours après, tout danger est écarté; la respiration est normale, et la lumière du larynx parfaitement rétablie.

Le tout est donc de gagner du temps. Les antiphlogistiques *extra* et *intus*, les calmants locaux et généraux parent à cette indication. La cravate humide autour du cou, peut-être les sangsues, les fumigations chaudes, les pulvérisations d'eau

35. **Hopkins.** — Œdème aigu du larynx (*Med. Record*, 16 octobre 1895).

36. **Seguin.** — *De l'œdème aigu primitif du larynx.* Thèse de Paris, 1896.

37. **Egger.** — *Contribution à l'étude de l'œdème aigu du larynx* (Soc. franç. de laryngol., 1896).

38. **Havilland Hall.** — *Un cas d'œdème aigu des aryténoïdes* (Soc. laryngol. de Londres, 9 déc. 1896).

39. **Périneau.** — *Des œdèmes aigus primitifs du larynx, chez l'adulte* (Thèse de Bordeaux, 1897).

40. **Liaras.** — A propos d'un cas d'œdème aigu primitif du larynx (*Rev. de laryngol. de Moure,* 1897, p. 369).

41. **Magnan.** — *Un cas d'œdème aigu du larynx* (Soc. franç. de laryngol., mai 1898).

42. **Le Marc'hadour.** — *Abcès aigu de l'épiglotte* (Soc. franç. de laryngol., mai 1898).

43. **Damieno.** — Sténose foudroyante du larynx par œdème angionévrotique (*Archiv. ital. di laringol.*, n° 3, 1898).

44. **Prieur** et **Claoué.** — *Phlegmon laryngien streptococcique* (Soc. franç. de laryngol., mai 1899).

phéniquée au 1/1000, les insufflations de morphine font partie de cette expectation armée.

Si l'on voit un point qui bombe, il ne faut pas hésiter à plonger franchement un bistouri à courbure laryngée dans la profondeur des tissus, et nous rapportons trois faits personnels où cette intervention amena du pus et soulagea les malades comme l'aurait fait dans une autre angine l'ouverture d'un abcès amygdalien (voir les obs. nº II, III, *VII, XII, XIV,* XVI).

Si l'on ne parvient pas à soulager le malade par ces moyens et que le moment devienne critique, il faut faire le tubage (obs. XI) ou la trachéotomie, qui, l'un ou l'autre, sauvent la situation (obs. VI, X) et permettent au malade de résoudre spontanément son phlegmon.

OBSERVATION DE NÉVRALGIE FACIALE

CONSÉCUTIVE A DU CATARRHE NASAL CHRONIQUE[1]

Par le Dr **SARREMONE**, de Paris.

Observation. — Au mois de décembre dernier, je fus consulté par M. J..., industriel, pour des douleurs faciales gauches datant de plusieurs années déjà. Ces douleurs étaient intermittentes et paroxystiques; leur durée, variable suivant les fois, était de deux à cinq minutes, très rarement davantage, et les crises se renouvelaient très irrégulièrement, quelquefois tous les jours ou tous les deux jours, d'autres fois s'espaçaient d'une ou de deux semaines.

Ces douleurs, qui présentaient tous les caractères des douleurs névralgiques, siégeaient surtout aux deux points classiques pour les névralgies faciales, aux points d'émergence des nerfs sus-orbitaires et sous-orbitaires; mais le point où elles s'exacerbaient par-dessus tout, c'était dans la mâchoire supérieure, dans toute la moitié gauche de l'arcade dentaire supérieure, de l'incisive à la dernière grosse molaire.

1. Travail communiqué à la Société française de laryngologie, mai 1901.

Ni la chaleur ni le froid ne les réveillaient; la pression ne paraissait pas davantage avoir d'action sur elles; seulement elles survenaient toujours en même temps qu'une poussée congestive dans la narine correspondante. En effet, à la seconde même où la névralgie dentaire allait apparaître, de même qu'à la seconde où elle disparaissait, le nez se bouchait ou se débouchait instantanément. L'occlusion de la narine se produisait subitement; le malade n'en éprouvait pas autre gêne qu'une certaine difficulté dans la respiration, qu'un peu de lourdeur dans la narine. Et ensuite, comme si une soupape était relâchée, la gêne disparaissait, la narine se dégageait, et la névralgie se trouvait soulagée, sinon guérie momentanément.

La première pensée du malade fut de faire examiner ses dents, elles furent toutes, sans exception, reconnues intactes. La médication calmante, en usage dans les névralgies, fut essayée sans résultat.

Quand le malade vint me trouver, amené par la coïncidence entre sa névralgie et l'aura nasal, j'examinai ses fosses nasales. Je fus tout d'abord frappé par la présence d'un petit polype muqueux dans le méat moyen gauche, enserré et comprimé entre le cornet moyen et la paroi externe. La pensée d'une sinusite me vint tout de suite à l'esprit. Mes recherches dans ce sens et l'emploi des moyens usités pour confirmer ce diagnostic (éclairage, etc.) me démontrèrent tout de suite qu'il n'en était rien. J'espérais, tout au moins, que l'ablation du polype pourrait donner quelque soulagement: il n'en fut rien.

Je fis alors remarquer à mon malade que, si la cause de ses douleurs ne paraissait pas résider dans son méat moyen, elle pouvait se trouver dans son cornet inférieur. Celui-ci, en effet, était volumineux; la muqueuse, boursouflée, était pâle et présentait en certains points quelques élevures; enfin, le cornet se terminait par une volumineuse queue pendante sur le plancher et framboisée, comme on en voit souvent.

Avec la pince à morcellement pour le nez et avec l'anse froide, il fut aisé de détruire en une ou deux séances cette muqueuse et la queue de cornet. L'écoulement de sang fut peu abondant. Quelque temps après, le malade revenait nous voir; la muqueuse du cornet était accolée sur l'os; il n'y avait plus de gonflement ni de turgescence, et le malade n'avait plus eu de douleur dentaire ni faciale.

Depuis ce jour, j'ai eu l'occasion de revoir mon patient, il n'a plus eu de névralgies, et son nez s'est maintenu en parfait état de guérison.

Nous avions donc trouvé la cause exacte de cette névralgie et nous avions affaire à une névralgie faciale avec exacerbation des douleurs dans le maxillaire supérieur, névralgie dont le point de départ était une hypertrophie catarrhale chronique de la muqueuse nasale.

Pour compléter mon examen, je dirai que la narine droite examinée était en tous points normale, et que, contrairement à ce qu'on observe d'habitude, il n'y avait point sur le cornet inférieur une muqueuse hypertrophiée comme celle que l'on trouvait de l'autre côté ; le catarrhe nasal était unilatéral.

Nous savons tous que, dans la plupart des interventions sur la muqueuse du nez et sur celle du cornet inférieur en particulier, nous savons, dis-je, que, lorsque la pituitaire a été convenablement cocaïnée, c'est dans les dents, et en particulier dans la canine correspondante au côté opéré, que la douleur se fait sentir. De ces faits, l'anatomie nous donne une explication très facile, puisque la muqueuse des fosses nasales, de même que l'arcade dentaire supérieure, reçoivent d'une même origine leur innervation.

Le trijumeau distribue par cinq branches différentes la sensibilité générale à la muqueuse pituitaire. Ces branches sont : le nasal interne, branche de l'ophtalmique, le sphéno-palatin et le ptérigo-palatin branche du ganglion de Meckel et le nasal postérieur, rameau du palatin antérieur qui se perd sur le cornet inférieur. De même, le trijumeau, par sa branche moyenne, le maxillaire supérieur, émet les rameaux dentaires postérieurs et antérieurs.

On connaît depuis longtemps que les caries dentaires sont la cause fréquente des névralgies faciales et quelquefois même des plus douloureuses et des plus rebelles. Je ne crois pas qu'il ait été publié de nombreux cas où l'on pouvait rattacher à une lésion de la muqueuse nasale des névralgies faciales aussi nettes et aussi marquées que celle dont je viens de donner l'observation.

Il resterait un point à élucider : faut-il attribuer dans ce cas

la névralgie faciale à une irritation de cause directe, comme c'est le cas dans les caries dentaires auxquelles j'ai fait allusion tout à l'heure, ou bien y avait-il une véritable névrite consécutive à un trouble trophique de la muqueuse nasale? Je crois, en effet, devoir faire remarquer que, dans mon cas, il ne s'agissait pas simplement d'un catarrhe nasal aigu, caractérisé par une hyperémie vasculaire passagère et par des troubles dans les sécrétions glandulaires momentanées. Il y avait déjà dégénérescence de la muqueuse, non pas déjà en frai de grenouille, mais en voie de transformation.

Je rappellerai, à ce sujet, les travaux de Chatellier sur l'état de la muqueuse dans le catarrhe nasal chronique et dans les queues de cornet qui en sont la conséquence. Ils semblent donner raison à la seconde hypothèse et faire penser que, chez mon malade, il y avait autre chose qu'une simple névralgie réflexe.

OCCLUSION
DU MÉAT ET DES PAROIS DU CONDUIT AUDITIF
A LA SUITE D'UN TRAUMATISME. RÉFECTION DU CONDUIT[1]

Par le Dr **Aimar RAOULT**, de Nancy, ancien interne des hôpitaux de Paris.

L'observation qui suit m'a paru intéressante à relater à cause des lésions sérieuses produites par le traumatisme et en raison des difficultés que l'on éprouve à maintenir consécutivement la béance du méat auditif au milieu du tissu cicatriciel.

Observation. — L'enfant A. A..., âgé de dix ans, est amené à ma clinique le 17 janvier 1901; il est inscrit sous le n° 3023. Cet enfant a reçu, le 31 octobre 1900, un coup de corne de vache en arrière de l'oreille gauche. Le pavillon a été profondément décollé,

1. Travail communiqué à la Société française de laryngologie, mai 1901.

et le conduit cartilagineux a subi de dedans en dehors une attrition très marquée jusqu'au méat, comme nous le verrons plus loin. Au moment de l'accident, il y a eu un écoulement de sang abondant par le conduit et par la plaie rétro-auriculaire.

Deux jours après l'accident, il commence à s'écouler du pus par le méat auditif et par cette plaie rétro-auriculaire. Cette dernière s'est cicatrisée complètement; le méat s'est obstrué aussi peu à peu, laissant couler un peu de pus. Depuis quinze jours, cette occlusion est complète, et le petit malade se plaint de violents maux de tête.

A l'examen, je trouve une cicatrice irrégulière, occupant les deux tiers inférieurs du sillon rétro-auriculaire (c'est là où aurait porté le coup de corne). L'entrée du conduit auditif est complètement obstruée par une cicatrice. ayant accolé les deux bords antérieur et postérieur, formant un diaphragme complet. Il reste cependant en bas une sorte de petit pertuis dont les parois sont aplaties d'avant en arrière; le stylet introduit y pénètre d'environ deux millimètres, puis se trouve arrêté, quoique je cherche un passage dans tous les sens. Par ce petit orifice s'écoule, cependant, un peu de liquide séro-purulent.

Étant données les douleurs dont se plaint l'enfant et la présence certaine de pus derrière l'obstacle, je décide l'intervention.

Le 22 janvier, *opération.* L'enfant est chloroformé. J'essaie d'abord d'inciser le méat auditif par l'extérieur, mais je tombe dans une gangue de tissu cicatriciel, dans laquelle je ne peux plus reconnaître la direction du conduit auditif; et je n'aurais par ce procédé aucun guide pour diriger ma section de la cicatrice. Je décolle alors le pavillon et le conduit cartilagineux et membraneux, en incisant sur la cicatrice rétro-auriculaire produite par le traumatisme. Je fais ensuite une incision longitudinale sur le conduit membraneux, en haut et en arrière. Les parois antérieure et postérieure de ce conduit sont accolées, aplaties. J'introduis une sonde cannelée dans cette incision, et, la poussant d'arrière en avant et de dedans en dehors, je m'en sers comme de guide pour pratiquer la section de la cicatrice du méat. Je fais cette dernière en forme de croix, de façon à réduire plus facilement le tissu cicatriciel. Les parois internes du conduit sont soudées sur une longueur d'environ un centimètre et demi par du tissu cicatriciel. En dedans de ce point, elles sont rouges, aplaties d'avant en arrière, les deux faces accolées l'une à l'autre par un dépôt fibrino-purulent. La membrane tympanique est rouge et couverte de muco-pus, comme les parois du conduit; je n'y aperçois pas de perforation.

Après avoir lavé soigneusement la surface interne du conduit, je

place entre les parois un drain en étain, de façon à écarter les parties cicatricielles. Puis je fais la suture des lèvres de l'incision rétro-auriculaire, en y laissant un drain large, pour pouvoir surveiller la cicatrisation de la peau du conduit. Pansement à la gaze au dermatol.

Le soir, la température est de 37°4.

Je laisse le pansement en place pendant trois jours, et dans la suite je fais des pansements tous les trois ou quatre jours. Après avoir retiré le drain en métal au bout de huit jours, je bourre le conduit avec de la gaze, de façon à bien maintenir écartés les parois du conduit et l'orifice du méat.

Vers la fin de février, la cicatrisation était presque complète; j'autorise l'enfant à aller huit jours dans sa famille; il enlève le pansement du conduit et ne revient que quinze jours après son départ. Pendant ce temps, le méat s'est rétréci de nouveau. J'ai été obligé de faire de la dilatation au moyen de tiges de laminaire. Il s'est produit de l'eczéma du conduit dû probablement à l'éther iodoformé où étaient conservées les tiges de laminaire. J'ai dû faire le pansement du conduit, avec des bandelettes de gaze stérilisée, recouvertes de pommade à l'oxyde de zinc. Le méat auditif a repris des dimensions presque normales. Dès qu'on n'a pas la précaution de faire un pansement un peu serré, le méat tend de nouveau à se rétrécir, mais sur une profondeur très minime. J'ai néanmoins dû refaire une petite incision dans la partie inférieure, et depuis ses dimensions restent normales.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel de thérapeutique clinique (maladies spéciales).

Ce volume, consacré, comme son nom l'indique, aux maladies spéciales, contient un aperçu clinique des affections susceptibles d'atteindre les yeux, le nez, le pharynx, le larynx, les oreilles, la bouche, les dents, et les maladies de la peau. La partie qui nous intéresse a été écrite par le Dr A. Malherbe.

On y trouve très brièvement exposés les symptômes de chacune des affections susceptibles d'atteindre les différentes cavités de la face, concernant la spécialité qui nous occupe. Un traitement, un peu sommaire peut-être, accompagne chacune de ces descriptions schématiques et donne, lorsque le diagnostic de la

lésion a été fait, les différents traitements qu'on peut lui opposer. Un livre de ce genre ne se prêtait probablement pas à de longs développements, de sorte que la plupart des chapitres ont dû être fort écourtés, et peut-être craignons-nous que le lecteur, peu familier avec les affections de ces organes, soit un peu embarrassé dans le choix des traitements qu'il devra appliquer aux différentes affections qu'il aura sous les yeux. C'est plutôt une espèce de tableau synoptique des diverses maladies susceptibles d'atteindre les fosses nasales, le pharynx, le larynx ou les oreilles, et des médications qu'on peut leur opposer, qu'une thérapeutique, dans le sens véritable du mot. (Paris, Vigot frères, édit., 1901.)

Phtisie laryngée *(Laryngeal phtisis)*, par le Dr Richard LAKE.

Dans ce petit volume de 70 pages environ, dont 20 au moins sont consacrées à l'exposé de cas cliniques, l'auteur étudie rapidement les divers troubles fonctionnels qui caractérisent la tuberculose du larynx. L'étude des symptômes est aussi brièvement exposée, l'auteur semble surtout vouloir attirer l'attention sur le traitement dans lequel il indique les différents procédés mis en usage contre cette affection. Malheureusement, nous ne trouvons pas d'indications bien nettes sur les différentes manières d'être de la tuberculose du côté de l'organe vocal, sur les variétés très manifestes de l'infection tuberculeuse dans le larynx; de sorte que le traitement se ressent un peu de ce manque de précision et laisse le lecteur un peu incertain sur la manière dont il doit procéder dans tel ou tel cas déterminé.

Une série de planches en chromolithographie illustrent l'ouvrage, mais ne donnent peut-être pas au lecteur, peu familier avec l'étude de ces affections, l'image bien nette du larynx dans les diverses manifestations tuberculeuses de l'organe vocal. Ce livre s'adresse, selon toute vraisemblance, aux praticiens généraux qui trouveront, malgré tout, ainsi que les spécialistes, quelques faits intéressants à glaner parmi les observations rapportées par l'auteur. (London, Rebman Ld., 1901.)

Atlas des maladies du nez avec 356 figures et 88 planches *(Atlas der Nasenkrankheiten)*, par le Dr Robert KRIEG.

La 6e et la 7e livraison de l'*Atlas* de Krieg, qui complètent cette publication, sont consacrées, la première à la tuberculose et à la syphilis dans ses différentes formes: syphilis héréditaire et acquise. Dans cette dernière nous trouvons de très jolies figures rappelant bien l'aspect des gommes, des périostites, des manifestations papulo-gommeuses de cette infection, avant ou après la période ulcéreuse.

Le 7e fascicule, qui contient la table, est surtout consacré à la fin de la syphilis, ulcérations nasales antérieures et postérieures, perforations de la cloison, etc., cicatrices même consécutives à ces sortes de manifestations. Le volume se termine par un exposé intéressant des différentes tumeurs malignes susceptibles d'envahir les fosses nasales, soit en avant, soit en arrière. De même on retrouve, en terminant, une étude assez complète des différentes néoplasies bénignes ou malignes susceptibles d'envahir les cavités accessoires ou les parties qui les environnent.

Ces sept livraisons renferment, en somme, toute la pathologie illustrée des fosses nasales et du naso-pharynx; elles constituent un document important dans l'étude des affections de cette région. (Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1901, 6e et 7e livraisons.)

REVUE GÉNÉRALE ET ANALYSES

BOUCHE ET PHARYNX BUCCAL

Affections de la gorge dans la rougeole *(The sore throat of measles)*, par M. John HADDON.

Il s'agit d'un jeune homme qui après avoir éprouvé un peu de fatigue se plaignit de mal de gorge; sa mère vit alors qu'il avait des plaques blanches dans la gorge. Le jour suivant, apparut l'éruption de la rougeole. Ses deux sœurs qui l'avaient vu le troisième jour, prirent également la rougeole.

L'auteur dit aussi avoir observé, au mois d'avril, dans un

même cas, la gorge recouverte d'une membrane blanche qui ressemblait à une angine diphtéritique; puis, cinq jours après, apparut une éruption rubéolique qui démontra la nature réelle de l'affection. (*British med. Journ.*, 8 juin 1901.)

Calcul salivaire sublingual, par M. Poulv.

L'auteur présente à la Société des sciences médicales de Lyon un calcul salivaire probablement développé au niveau du canal de Warton, peut-être dans la glande sublinguale; cette observation est intéressante par l'indolence qu'a présentée l'évolution du calcul, le volume relativement considérable de ce dernier et enfin son expulsion spontanée en dehors de tout processus inflammatoire. (*Lyon méd.*, 31 mars 1901.)

Dr G. Liaras.

NEZ ET PHARYNX NASAL

Un cas de tuberculose du nez *(Tuberculose der Nase)*, par le Dr R. Kayser.

Il s'agit d'une femme, âgée de trente ans, et qui n'a jamais été sérieusement malade. Sa mère est morte de tuberculose. Depuis un an elle respire mal par le nez, qui sécrète un liquide abondant. L'examen du pharynx, du naso-pharynx, du larynx et des poumons, ne révèle rien d'anormal. A l'examen du nez, on constate, sur la partie antéro-inférieure du côté droit de la cloison, des végétations granuleuses, de coloration rose pâle et de consistance molle. Nombreux ganglions sous l'angle droit du maxillaire inférieur. Les granulations sont enlevées à l'anse et à la curette et cautérisées ensuite à l'acide lactique. La malade, qui était alors enceinte de six mois, retourne chez elle et revient cinq mois plus tard, après avoir fait, dans l'intervalle, une fausse couche. La fosse nasale droite est plus perméable qu'avant; mais, par contre, c'est la fosse nasale gauche qui est obstruée. La cloison présente une perforation dont les bords sont ulcérés et recouverts de nombreuses granulations, particulièrement dans la fosse nasale gauche. Après s'être assuré, à l'aide du microscope, de la nature tuberculeuse de l'affection, on procède à un curettage radical de tous les tissus malades et on prescrit à la malade de s'introduire jour-

nellement dans le nez des tampons d'ouate trempés dans une solution d'iode dans la glycérine à 10 o/o. La malade se présente de nouveau au bout d'un an environ; les fosses nasales sont complètement libres, il n'existe plus de sécrétion; la cloison offre une large perforation lisse, cicatrisée. Pendant deux ans, la malade allait très bien. Lorsqu'elle se présente de nouveau, on constate des deux côtés, au niveau du bord postérieur de la perforation, l'existence d'ulcérations, tandis que la partie des cornets inférieurs située en face de la perforation est recouverte de granulations. La malade est enceinte de huit mois. On renouvelle le traitement qui avait déjà si bien réussi: curettage, glycérine iodée. La malade revient au bout de huit mois. Elle a fait, dans l'intervalle, un accouchement normal, l'enfant est vigoureux et se porte bien; son état général à elle est excellent, la fosse nasale droite présente encore une petite perforation au niveau du bord postérieur de la cloison.

Il s'agit là, évidemment, d'une tuberculose primitive, purement locale. Tant que l'affection reste limitée à son foyer primitif, elle présente une marche essentiellement bénigne et peut guérir sous l'influence d'un simple traitement local. (*Monats. f. Ohrenheilk.*, avril 1901.)

Dr JANKELEVITCH.

De la réaction fébrile consécutive aux opérations sur les premières voies respiratoires *(Sulle reazioni febbrile dopo operazioni nelle prime vie aeree)*, par le Dr G. GRADENIGO.

C'est seulement depuis qu'on a commencé à hospitaliser les malades ayant subi des interventions chirurgicales sur les premières voies aériennes, qu'on s'est trouvé à même d'étudier la façon dont les malades réagissent à ces interventions.

En ce qui concerne notamment la fièvre, sa possibilité paraît déjà plus que probable *a priori*, lorsqu'on se rappelle le nombre de microbes de toute sorte qui pullulent dans la bouche, la cavité nasale, le pharynx et le naso-pharynx des individus sains, et dont le nombre s'accroît nécessairement et dont la virulence ne peut qu'augmenter lorsqu'une de ces cavités est malade. Dans les empyèmes des sinus, par exemple, le pus baigne pour ainsi dire la muqueuse nasale

et descend dans la bouche et dans le pharynx. La désinfection pré-opératoire et les soins post-opératoires de ces cavités sont pour ainsi dire impossibles. On avait bien essayé de tamponner les fosses nasales après les interventions chirurgicales, mais on a vite fait de s'apercevoir que ce moyen, loin d'atteindre le but qu'on se proposait, ne faisait qu'augmenter les chances d'infection.

Pour le nez, en particulier, on avait cru qu'en substituant l'usage du galvanocautère aux méthodes sanglantes, on diminuait les chances d'infection. Il n'en est rien, car la mortification des tissus ainsi produite est une cause fréquente d'infection secondaire, et l'eschare et l'exsudation fibrineuse qu'elle détermine constituent un milieu de culture des plus favorables pour les microbes pathogènes. Mieux vaut rendre en une seule séance aux fosses nasales leur perméabilité au moyen d'une opération sanglante; on s'expose à une hémorragie, il est vrai, mais c'est là un accident dont on peut facilement se rendre maître; en revanche, les chances d'infection sont insignifiantes.

La réaction fébrile consécutive aux opérations qui nous occupent peut être immédiate; elle se produit le soir même de l'opération par une légère augmentation de la température, atteint son maximum le lendemain soir et disparaît au bout de deux ou trois jours. D'autres fois, la réaction ne se produit que de quatre à huit jours après l'opération, alors que la cicatrisation de la plaie paraît déjà assez avancée, et dure de deux à quatre jours; il se produit souvent une amygdalite bi ou uni-latérale; dans ce dernier cas, l'amygdale atteinte n'est pas toujours en rapport avec le côté opéré.

L'apparition et l'intensité de la fièvre dépendent :

1° De la constitution de l'individu; plus celui-ci est affaibli, lymphatique, plus la fièvre sera intense et sa durée longue;

2° De la nature de l'opération elle-même; les opérations qui exposent le plus souvent à la fièvre sont celles qu'on pratique sur les parois osseuses du nez, sur les cloisons, les sinus, le cornet moyen; viennent ensuite l'opération des végétations adénoïdes et, enfin, celle des amygdales palatines. En dernier lieu, il faut citer les cautérisations galvaniques du cornet inférieur.

La réaction générale, toute fréquente qu'elle soit, aboutit rarement à des phénomènes graves. Mais c'est toujours une complication désagréable, qu'on peut éviter plus ou moins en tenant compte de la constitution de l'individu, en exécutant l'opération avec le plus grand soin et en recommandant aux opérés d'éviter toute cause de refroidissement et de surveiller leur fonction digestive. (*Archiv. ital. di otol.*, XI, 3, 1901.)

Dr JANKELEVITCH.

Traitement opératoire d'un cas d'atrésie nasale antérieure et d'un autre d'atrésie nasale postérieure *(Operative Behandlung einer verderen und einer hinteren nasalen Atresie)*, par le Dr E. RICHTER.

Premier cas. — Jeune fille de onze ans atteinte de syphilis congénitale. A l'âge d'un an, elle avait eu une éruption suspecte et des ulcérations au niveau des orifices du nez. Elle a eu une kératite parenchymateuse, et, depuis trois ans, elle est atteinte d'une surdité bilatérale assez prononcée (voix chuchotée = 0; voix ordinaire entendue à 25 centimètres de l'oreille). Elle présente un nez en selle typique. Dans la fosse nasale droite, on trouve des masses analogues à celles de l'ozène, qui cependant ne forment pas de croûtes, mais des lambeaux mous, et ne sont pas fétides. L'orifice nasal gauche présente un rétrécissement annulaire diaphragmatique et qui détermine un rétrécissement du nez tel que c'est à peine si l'on peut y introduire une sonde d'une épaisseur d'une tête d'épingle. La respiration est naturellement très défectueuse, s'opère par la bouche. Pas de végétations adénoïdes ni de cicatrices sur le palais et dans le pharynx. Le rétrécissement fut incisé en haut, vers le dos du nez, et en bas, vers le plancher de la fosse nasale, et dilaté ensuite à l'aide d'une pince en bec d'oiseau. Derrière le rétrécissement, la fosse nasale ne présentait rien d'anormal. Après quelques jours de tamponnement de la fosse nasale opérée, l'atrésie avait complètement disparu.

Deuxième cas. — Enfant âgé de six semaines et atteint, dès le premier jour de sa naissance, de troubles respiratoires extrêmement graves provenant d'une impossibilité absolue de respirer par le nez. L'enfant avait fini par refuser complètement le sein. Une sonde introduite dans la fosse nasale

gauche pénètre à un centimètre et demi plus en arrière que dans la narine droite où elle se heurte à un obstacle assez dur, ce qui concordait assez bien avec l'observation faite par l'auteur avant cet examen, que l'enfant respirait mieux par la fosse nasale gauche que par la droite. On posa le diagnostic d'atrésie choanale droite, qui, vu l'âge de l'enfant, ne pouvait être que de nature fibro-cartilagineuse. Comme l'enfant dépérissait de plus en plus, les parents se sont décidés à le faire opérer. L'opération fut pratiquée de la façon suivante : on pratiqua, à l'aide d'un bistouri approprié, une première incision verticale parallèle à la cloison, et une autre horizontale parallèle au plancher de la fosse nasale; chacune de ces incisions fut ensuite dilatée avec force, à l'aide de la pince décrite plus haut. L'hémorragie a été un peu abondante au début. La fosse nasale fut tamponnée et le tampon laissé en place pendant trois jours. Le quatrième jour, on mit un autre tampon, qui fut également laissé en place trois jours. Quoique l'opération fût exécutée sans narcose et sans éclairage, le succès fut complet. (*Monats. f. Ohrenheilk.*, nº 4, 1901.)

Dr JANKELEVITCH.

CAVITÉS ACCESSOIRES

Sarcome des sinus frontal et ethmoïdal *(Sarkom der Sinus frontalis et ethmoidalis)*, par le Dr BURNETT.

Malade, âgé de cinquante-sept ans. Tuméfaction assez molle, un peu sensible à la pression, au niveau de l'angle supéro-interne de l'œil droit, s'étendant en haut, vers le front, et latéralement, jusque vers le milieu du bord orbitaire. A la périphérie, on sent une perte de substance osseuse. La paupière supérieure est œdématiée, pendante; le globe oculaire refoulé en bas et en dehors; diplopie. Fond de l'œil normal. Quelques semaines auparavant, des polypes (dont le microscope avait révélé la structure de polypes ordinaires) furent extraits de la fosse nasale droite. L'opération découvre une cavité assez considérable, remplie de masses rougeâtres, molles, mais assez consistantes; la cavité comprend le sinus frontal droit très élargi, et les masses ont envahi le sinus gauche, après avoir détruit la cloison, et se sont propagées en arrière à l'ethmoïde.

Il n'existe pas d'orifice dans les parois de l'orbite. Ablation aussi complète que possible de tout le tissu morbide. L'opération n'est pas suivie de la moindre réaction, mais la suppuration persiste. Le malade maigrit de plus en plus et meurt dans le coma, au bout de quatre mois, après avoir eu pendant quelque temps des convulsions. Pas d'autopsie. Le microscope a révélé un sarcome à cellules rondes, très vasculaire. (*Zeits. f. Ohrenheilk.*, XXXVII, 2-3, et *Archiv f. Ohrenheilk.*, Band LI, nos 2-3.)

Dr JANKELEVITCH.

Du développement des sinus frontaux dans ses relations avec les caractères extérieurs du visage, par le Dr JACQUES.

L'auteur s'est livré à d'intéressantes recherches, et, preuves ostéologiques en main, il établit, contrairement à l'opinion admise, que l'expression extérieure des sinus frontaux ne saurait être recherchée dans le degré de saillie des bosses sourcilières. Cette constatation peut se faire chez les Européens, mais elle est typique chez les nègres inférieurs, dont cette saillie est accentuée au maximum, et qui ne possèdent que des sinus très réduits.

La raison pour laquelle l'inspection de la face ne saurait renseigner d'une façon certaine sur la capacité totale des sinus frontaux, c'est que le développement de ceux-ci peut se produire principalement en arrière jusqu'au sphénoïde. Toutefois, elle peut fournir quelques indications sur le sinus en hauteur, qui s'accompagne d'un certain degré de projection de la table antérieure de l'os frontal. Les sujets à front régulièrement bombé et continuant en haut des arcades orbitaires proéminentes sont ceux chez lesquels on observe d'habitude les vastes sinus. (Congrès des Sociétés savantes tenu à Nancy du 9 au 13 avril ; *Bull. méd.*, 13 avril 1901.)

Dr G. LIARAS.

Sinusite maxillaire d'origine dentaire, par M. SARGNON.

L'auteur communique l'observation d'une jeune fille de vingt-cinq ans, porteur de mauvaises dents et qui présentait tous les signes d'une sinusite maxillaire. Après cinq mois de lavages alvéolaires, la malade expulsa brusquement par le nez une racine dentaire complète, cariée à sa base. Le lende-

main, le lavage redevient difficile, et la malade éprouve nettement la sensation d'un corps mobile dans la cavité sinusienne : il est très probable qu'il existe une deuxième racine libre dans le sinus. De plus, on constate des douleurs spontanées et à la pression du côté du sinus frontal droit.

On a rarement l'occasion d'observer des cas semblables. De plus, il est exceptionnel de voir expulser des dents et des racines dentaires par les voies nasales.

Il est nécessaire d'intervenir rapidement (méthode de Luc) pour arrêter l'envahissement du sinus frontal. (Société des sciences médicales de Lyon, *in Lyon méd.*, mars 1901.)

Dr G. Dupond.

LARYNX ET TRACHÉE

Un cas de tumeur pédiculée de l'épiglotte *(Eigenartige gestielte Geschwulst der Epiglottis)*, par le Dr R. Thaussig.

Une jeune fille de quatorze ans se présente en se plaignant d'un mal de gorge. A l'examen, on trouve une légère angine catarrhale. Mais l'examen laryngoscopique révèle la présence d'une tumeur à surface villeuse, insérée sur la moitié gauche de la surface linguale de l'épiglotte, dans le voisinage de son bord libre. Cette tumeur, blanche, touffue, était pourvue d'un long pédicule et tellement mobile qu'elle pénétrait jusque dans l'entrée du larynx. Il ne paraît cependant pas, d'après l'interrogatoire de la malade, que cette tumeur ait jamais provoqué des phénomènes d'irritation (toux, etc.). Elle fut enlevée sans difficulté à l'anse froide, sous la cocaïne. Elle avait la forme d'un bouquet de fleurs aplati; des touffes épithéliales partaient en s'irradiant de sa partie centrale. La longueur du pédicule était de 8 millimètres, sa largeur de 3 millimètres; la longueur de la tumeur de 10 millimètres; sa largeur de 5 millimètres. Les touffes avaient une longueur moyenne de 2 à 3 millimètres et se laissaient séparer en plusieurs branches plus fines, des dimensions d'un cheveu. L'examen microscopique n'a pas été pratiqué, mais l'auteur croit pouvoir désigner cette tumeur sous le nom de kératome pédiculé, à cause de sa ressemblance avec les verrues pédiculées qu'on observe sur la peau. (*Monats. f. Ohrenheilk.*, mars 1901.)

Dr Jankelevitch.

Un moyen d'empêcher l'anto-extubation *(Ein Vorschlag zur Verhütung der Autoextubation),* par le Dr SCHLECHTENDAHL.

Tous ceux qui ont eu à pratiquer l'intubation du larynx savent combien il est difficile d'empêcher les malades, surtout les enfants, de se débarrasser du tube, en tirant le fil dont une extrémité se trouve fixée à la joue. Quelquefois ils coupent le fil avec les dents, ce qui peut créer des embarras, lorsqu'on se trouve obligé de pratiquer vite l'extubation, en attendant l'arrivée du médecin. Dans d'autres cas, le fil s'use de lui-même, sous l'influence des mouvements de la langue pendant la déglutition, etc. Pour éviter tous ces inconvénients, l'auteur propose de placer le fil d'une façon un peu différente. Après avoir introduit de la façon habituelle le tube muni de son fil de manière à ce que le bout libre de celui-ci se trouve en dehors, entre les dents, on passe dans le nez une sonde de Belloc dont on fait arriver le bec jusqu'au niveau des arcades dentaires; on fixe alors le bout libre du fil au bec de la sonde, et on retire celle-ci, de façon à faire sortir le fil par une des narines, on le coupe au ras de celle-ci et on le fixe à l'aide du collodion, ou d'un emplâtre quelconque, soit sur l'arête du nez, soit à l'entrée de la fosse nasale. Pour pratiquer l'extubation extemporanée, il suffit d'introduire au fond de la bouche l'index recourbé qui, après quelques tâtonnements, finit par saisir le fil. En tirant dessus, on fait sortir le tube. (*Münch. med. Wochens.*, n° 18, 1901.)

Dr JANKELEVITCH.

OREILLES.

Affection mastoïdienne avec des symptômes inusités, par le Dr THOMPSON.

L'auteur rapporte, à la réunion de l'Académie de médecine de Cincinnati (25 mars 1901), le cas d'une jeune fille de treize ans, qui fut traitée par le médecin de sa famille pour une affection que l'on considérait comme une fièvre typhoïde atypique; pendant ce temps, elle se plaignait de maux d'oreille augmentant surtout d'intensité pendant la nuit; la douleur occupait la partie mastoïdienne.

Le 21 novembre 1900, le Dr Thompson constata un gonfle-

ment marqué avec une sensibilité très prononcée de la mastoïde; la douleur s'irradiait sur les régions temporale et pariétale; le tympan était sain. Le 26 novembre, la paracentèse ramena un peu de pus. Quelques jours après, il se fit encore une nouvelle perforation du tympan, à la partie postéro-inférieure, qui fut suivie d'une décharge purulente abondante. Les phénomènes s'amendèrent, et, le 14 décembre, la malade fut en état de venir se faire soigner à domicile. Le 20 décembre, les symptômes devinrent plus marqués, ainsi que le gonflement et la sensibilité à l'apophyse. Le 28 de ce même mois, on ouvrit la mastoïde, qui fut trouvée remplie de fongosités.

L'auteur considère comme anormales l'affection mastoïdienne et la lésion qu'il trouva à ce niveau, étant donné que la caisse paraissait saine. Il considère également comme extraordinaire l'amélioration apparente des symptômes, alors que la lésion destructive faisait des progrès. (*The med. Age,* 10 mai 1901, p. 356.)

Contribution à l'étude clinique et histologique des tumeurs sarcomateuses du temporal *(Beiträge zur Klinik und Histologie sarcomatöser Geschwülste der Schäfenbeines)*, par le Dr Hegener.

L'auteur communique 2 cas provenant de la clinique de Heildelberg.

Dans le *premier*, il s'agit d'un garçon de trois ans, qui fut pris, quatre semaines auparavant, de douleurs dans l'oreille droite et la moitié droite du cou, avec torticolis et, quatorze jours plus tard, otorrhée et ensuite douleurs et tuméfaction fluctuante au niveau de l'apophyse mastoïde dont la peau était rouge, brillante, distendue. Conduit auditif très rétréci au fond, membrane du tympan invisible, en arrière et en haut on sent que l'os est dénudé de son périoste. On pose le diagnostic de suppuration de l'oreille moyenne, avec abcès sous-périostique de l'apophyse mastoïde. Trépanation. On trouve sous la peau de la région mastoïdienne une tumeur d'un gris-rougeâtre, légèrement irrégulière, presque sphérique, non adhérente à la peau et ayant perforé l'os. L'intérieur de l'apophyse, l'antre et la caisse sont complètement remplis par cette tumeur. La paroi osseuse postérieure du conduit

auditif, la paroi externe du canal facial et la paroi postéro-supérieure de l'antre sont complètement détruites. A ce niveau, la tumeur adhère à la dure-mère très épaissie. Après l'opération qui avait permis d'enlever toutes les parties malades, il n'y a pas eu de récidive, et l'épidermisation de la cavité créée par l'opération s'est accomplie de la meilleure façon. Mais il s'est formé des métastases, accompagnées d'une élévation de la température jusqu'à 40°, au niveau du front, de la moitié droite du thorax, du bras gauche, l'état de l'enfant s'aggravait de plus en plus et il est mort six mois après le début de sa maladie. L'examen microscopique a montré qu'il s'agissait d'un endothélioma alvéolaire avec participation prépondérante de l'endothélium des vaisseaux lymphatiques; le tissu conjonctif qui accompagne les vaisseaux était moins atteint. La tumeur avait envahi l'os spongieux jusqu'à la pointe du rocher et n'a épargné que les parties osseuses plus dures (capsule du labyrinthe, etc.). Les métastases qui se sont ulcérées entre temps, avaient la même structure histologique; elles ont détruit le tissu osseux, et celle de la quatrième côte avait pénétré dans le tissu pulmonaire à une profondeur de 4 centimètres. Le point de départ de la tumeur était probablement dans la dure-mère.

Le *deuxième cas* concerne une femme de quarante-quatre ans. Douleurs violentes dans l'oreille droite, suivies d'otorrhée et de paralysie du facial. Dans le conduit auditif se trouve un polype pédiculé, gris rougeâtre. Apophyse mastoïde sensible à la pression, mais ne présente aucune modification. Opération radicale. La corticale, très mince, est d'une coloration bleu verdâtre, l'intérieur de l'apophyse transformé en une vaste cavité, dans laquelle on trouve des masses semblables à du tissu de granulation, mais de couleur noirâtre, qui ont envahi l'os jusque dans ses mailles les plus fines et renferment partout des parcelles de tissu osseux. La caisse et l'attique sont remplies par une masse unique plus volumineuse et qui englobe le marteau et l'enclume presque intacts. Tegmen tympani et antre détruits, dure-mère de coloration verdâtre et couverte des mêmes masses, perforée sur une étendue de 5 centimètres. La surface du cerveau n'est pas envahie par la tumeur.

Convalescence sans accidents, la cavité est épidermisée au bout de soixante-douze jours. Pendant ce temps apparaît une tumeur dans le naso-pharynx qui augmente progressivement. La malade vit encore. L'examen microscopique a montré qu'il s'agissait d'un sarcome mélanique. L'auteur montre combien il était facile de prendre cette affection pour une simple affection de l'oreille moyenne. La tumeur du conduit auditif ressemblait à un polype ordinaire, car, vue à l'œil nu, on ne pouvait y découvrir la moindre trace de pigment. (*Zeits. f. Ohrenheilk.*, XXXVII, 2-3, et *Archiv f. Ohrenheilk.*, Band 51, nos 2-3.)

Dr JANKELEVITCH.

Contribution à l'étude de l'abcès cérébral otitique *(Beitrag zur Lehre von otitischen Hirnabscess)*, par le Dr P. MANASSE.

L'auteur a eu l'occasion d'opérer deux cas d'abcès cérébral d'origine otitique qui sont assez curieux à cause des nombreuses différences qui existaient entre eux.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une otite aiguë qui avait abouti en très peu de temps à une ostéite du rocher et à un abcès cérébral. Ce dernier ne s'était manifesté par aucun symptôme et ne fut découvert que pendant l'opération, grâce à la présence d'une fistule qui conduisait à travers l'os dans la dure-mère et dans la substance du lobe temporal. Le malade guérit complètement à la suite de l'opération.

Dans le deuxième cas, le malade, atteint d'une vieille otorrhée chronique, présente subitement les signes typiques d'un abcès cérébral qui, grâce à la paralysie croisée qu'il avait déterminée, put être localisé d'une façon assez précise. On pratiqua aussitôt l'opération radicale et l'ouverture de l'abcès cérébral; après quelques hésitations dans l'évolution de l'affection, le malade finit par guérir. L'abcès présentait des dimensions assez considérables, était rempli de pus fétide vert brunâtre, n'était pas encapsulé, mais s'étendait, au moyen de nombreuses poches et niches, jusque dans l'intérieur de la substance cérébrale. (*Zeits. f. Ohrenheilk.*, XXXVIII, 4, 1901.)

Dr JANKELEVITCH.

Bordeaux. — Impr. G. GOUNOUILHOU, rue Guiraude, 11.

22e ANNÉE. N° 31. 3 AOUT 1901.

REVUE HEBDOMADAIRE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

OBSERVATIONS SUR L'OPÉRATION D'ASCH
POUR DÉVIATION
DE LA PARTIE CARTILAGINEUSE DE LA CLOISON[1]

Par le Dr A. JOUSSET, de Lille.

Les déviations de la cloison nasale ont été longtemps un épouvantail pour les rhinologistes; elles sont encore objet de préoccupation quand l'affection est complexe. Cela explique les observations de Thorner, Gordon King employant la méthode de redressement d'Asch, les recherches du Dr Moure sur les différents cas de déviation.

Après avoir fait bien des essais, essayé beaucoup de méthodes, nous nous sommes arrêté à la pratique d'Asch. Nous vous demandons la permission de parler d'une des trois opérations que nous avons faites dans ces derniers temps. Nous la ferons suivre de quelques remarques.

OBSERVATION. — L..., personne de vingt-quatre ans, nous demanda des soins en janvier dernier pour une difformité du nez et pour une grande gêne respiratoire. Ce jeune abbé nous dit avoir fait une chute sur la face, à l'âge de deux ans et demi. Le nez porta sur un corps dur, les os propres furent brisés, et, après un traitement de quelques semaines, l'arête resta fort portée sur la gauche.

1. Travail communiqué à la Société française de laryngologie, mai, 1901.

Notons, en passant, qu'il paraît exister dans la famille de M. L... une véritable prédisposition aux fractures. Le père et le frère eurent des fractures des membres, l'abbé lui-même se cassa la cuisse. Cependant aucune diathèse dominante.

Dans sa première jeunesse, et pendant son séjour au séminaire, l'abbé fut souvent tourmenté par des angines, il avait les amygdales palatines volumineuses. Il dut suivre un traitement et réprimer le développement de cette partie de l'anneau de Valdeyer par le galvanocautère. Malgré cela, il constatait souvent de la pesanteur de tête, de la sécheresse de la gorge, une grande difficulté à parler pendant quelque temps, de l'oppression, de l'angoisse cardiaque à certains moments.

La voix qui était, avant quatorze ans, fine, de soprano, changea

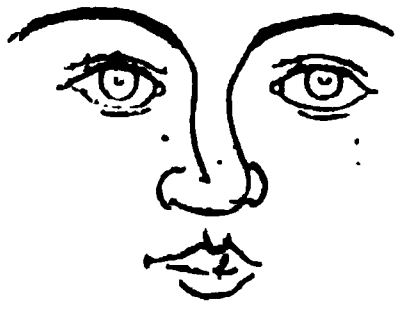


Fig. 1.

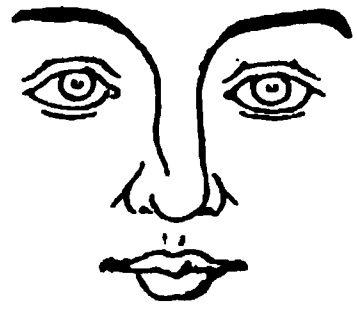


Fig. 2.

presque subitement pour devenir grasse, sombre. Le chant était impossible, surtout pour les notes élevées. La lecture à haute voix était difficile, elle amenait rapidement de la gêne et, à la longue, de l'apnée.

Quand M. L... nous consulta, nous vîmes que le nez était fort dévié sur la gauche. Les os propres étaient un peu déplacés, mais la cloison cartilagineuse paraissait encore plus portée sur le côté *(voir fig. 1)*. La respiration était impossible par la narine droite; tandis que le souffle d'air expiré donnait, au pulsomètre nasal, 12 pour la narine gauche, il restait à 0 pour la narine droite.

La rhinoscopie antérieure faisait constater *(voir le schéma 1)* une cloison portée vers la droite, décrivant une forte courbe touchant par sa convexité le cornet moyen et le cornet inférieur, présentant un léger éperon adhérant au dernier. Tandis que la fosse nasale droite était obstruée, la gauche était très largement ouverte avec un cornet inférieur volumineux et mou.

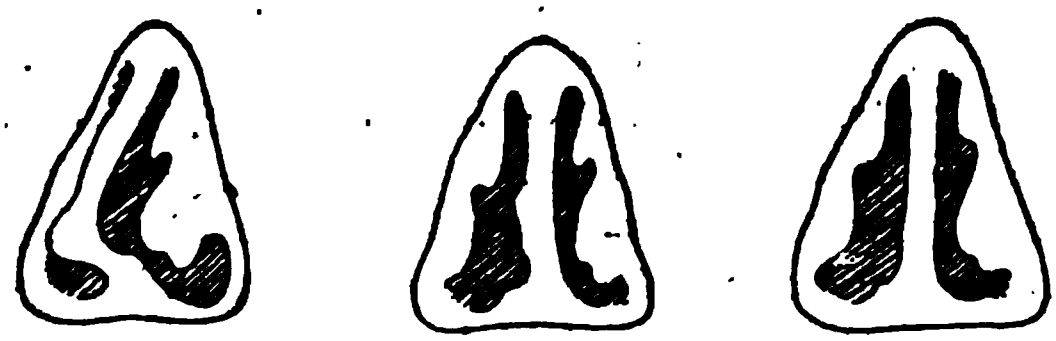
Le pharynx portait des granulations latérales volumineuses, des amygdales palatines peu saillantes, largement étalées. La muqueuse était rouge, sèche, comme collodionnée en beaucoup de points.

Cet état expliquait pourquoi la respiration était aussi gênée;

pourquoi la personne ne pouvait faire monter la colonne mercurielle d'un tube en i que de 2 centimètres en soufflant dans le tube en caoutchouc se rendant au tube de verre, pourquoi elle ne donnait au spiromètre poche de caoutchoue de Galante que 2050.

M. L... nous demandant de faire cesser la gêne qu'il éprouvait, nous réduisîmes au galvanocautère le cornet inférieur gauche, puis nous opérâmes le 9 février, sous le chloroforme, en plaçant la tête dans la position de Roser. Pendant que l'un administrait l'anesthésique, nous plaçâmes des tampons d'extrait de capsules surrénales dans chaque narine.

Après avoir sectionné l'adhérence de l'éperon avec la pince de Laurens, nous mîmes une plaque métallique entre celui-ci et les



1 2 3

Schémas

cornets. Nous pûmes alors, avec un bistouri court et fort, un peu recourbé en faucille, faire une incision cruciale sur la partie cartilagineuse de la cloison. Cela permit de redresser d'abord avec le doigt indicateur, puis avec la pince compressive, et de placer dans chaque narine une attelle de Mayer, la plus volumineuse à droite.

L'opération fut rapidement menée, malgré une assez forte hémorragie que l'extrait de capsules surrénales ne put prévenir. Les attelles furent introduites sans difficulté.

Les suites furent simples. Léger malaise le 10 février. Température axillaire 37°5, pouls 80.

Les pansements consistèrent en lavages fréquents avec de l'eau boriquée chaude et en instillations d'huile mentholée dans les attelles. Un de ces tuteurs, celui de gauche, fut retiré le troisième jour, l'autre resta en place pendant trois semaines, parfaitement supporté par le malade et nettoyé tous les trois ou quatre jours.

Pendant les dix premiers jours nous maintînmes sur le nez un pansement : bande collodionnée portant l'organe sur la droite et venant se fixer sur la nuque. Le résultat de ce traitement, au point de vue plastique, fut très satisfaisant.

A ce moment, le chiffre spirométrique était monté à 2,200, la poussée au manomètre à 2,5, la pulsométrie nasale à 3,5 pour la droite et à 6 pour la gauche.

Du *10 février* au *14 mars*, nous dûmes enlever un peu de l'extrémité inférieure du cornet moyen droit, et faire deux séances d'électrolyse pour détruire ce qui restait de la déviation vers le bas. (Voir schéma 2, schéma pris le 20 février.) Ces soins furent donnés pendant que le jeune abbé vaquait librement à ses occupations, sans grande gêne.

Le *25 mars*, nous constations qu'après avoir subi quelques fluctuations la pulsométrie était de 4 à droite, de 8 à gauche. La poussée manométrique atteignait 4, la spirométrie 2,600. La cloison avait pris la forme indiquée par le schéma 3.

Le *16 avril*, la spirométrie atteignit 2900, la poussée manométrique 5, la pulsométrie 8 à droite et 10-11 à gauche.

Le tour de poitrine, qui était en février de 0,89 pour une taille de 1 mètre 845, était monté à 0,91.

La figure 2 permet de juger la forme du nez le 16 avril.

M. L... affirmait à cette époque éprouver un grand bien-être de ce que la respiration se faisait librement, de ce que les fosses nasales étaient aérées. Il pouvait causer plus longuement, émettre plus facilement certaines voyelles, l'*a*, l'*e*, donner des syllabes et des sons plus prolongés. L'anxiété, l'apnée n'avaient plus reparu [1].

En résumé, cette opération a donné de bons résultats au point de vue plastique et d'excellents résultats au point de vue fonctionnel puisque le nez est redevenu presque droit,

1. Nous donnons ici les données spirométriques, pulsométriques et manométriques enregistrées à différents moments, pour ceux de nos confrères qui voudraient suivre la marche du rétablissement de la fonction respiratoire.

	Spiromètre	Pulsomètre	Manomètre
9 février avant opération. . .	2,050 . . .	D. 0 G. 12 . . .	2
13 février après opération . . .	2,200 . . .	4 4 . . .	2,5
20 février	2,550 . . .	4 8 . . .	2,5
4 mars	2,600 . . .	0* 9 . . .	3
8 mars	2,600 . . .	5 12 . . .	4
11 mars	2,600 . . .	7 10 . . .	4,5
18 mars	2,550 . . .	8 12 . . .	4,5
16 avril	2,900 . . .	8 11 . . .	4

Jour d'électrolyse. Gonflement de la cloison empêchant le passage de l'air.

puisque l'opéré peut respirer par ses deux fosses nasales, augmenter sa spirométrie, assurer sa diction.

Notre manuel opératoire demande à être expliqué sur certains points.

Le Dr Thorner a écrit qu'il lui semblait possible qu'une application sur la muqueuse de la cloison de l'extrait aqueux de capsules surrénales pût notablement diminuer l'hémorragie pendant l'opération. Le Dr King avance qu'une solution de cocaïne à 10 o/o, avec application préalable d'extrait de capsule surrénale pour diminuer le danger de toxicité et de perte de sang, rend l'opération plus praticable. Nous n'avons pas eu la satisfaction de pouvoir limiter la perte de sang par ce moyen. L'hémorragie fut même assez forte et nous nous applaudîmes d'avoir mis l'opéré dans la position de Roser.

Dans le choix des instruments, nous avons cru devoir nous adresser, pour sectionner notre éperon à la pince de Laurens. Si nous n'avions pu passer cet instrument, nous aurions employé des ciseaux ordinaires à pointes mousses, afin d'opérer rapidement. Nous ne pouvions songer à prendre l'ostéotome de Carmalt, Délie ou Moure parce que la cloison s'infléchissait en bloc et que la partie saillante avait une certaine étendue. Nous devons avouer que nous ne sommes disposé à employer l'ostéotome et conchotome du Dr Moure que dans les cas où la cloison présentera une certaine épaisseur. Nous craignons de faire une trouée. Nous avons employé l'ostéotome une seule fois pour décapiter un éperon sur une cloison, assez épaisse, sans inconvénient.

Pour sectionner la cloison et faire l'incision cruciale, comme Asch, Thorner, King, nous avons employé un bistouri. Les lames des ciseaux d'Asch nous paraissaient difficiles à introduire dans notre cas, surtout à droite. Ne peut-on, comme le dit Thorner, faire l'incision avec un bistouri sans avoir besoin d'une paire de ciseaux spécialement cons-

truits dans ce but ? Les ciseaux ne nous paraissent utiles que dans le cas où l'on ne peut arriver à passer le bistouri, à cause du manque de courbure et de la difficulté de faire évoluer la lame.

Les pinces compressives sont d'un usage commode, elles permettent de tasser les fragments et de les juxtaposer plus intimement.

Nous aurions désiré essayer le concasseur de la cloison pour redressement de notre confrère Goris, nous n'avons encore pu nous le procurer.

Le Dr Moure a proposé pour redresser les déviations une opération un peu différente de celle prônée par Asch. Reprochant avec juste raison au procédé américain de ne pouvoir être appliqué aux déviations de la partie inférieure, notre savant confrère de Bordeaux demande à ce que l'on prenne une paire de ciseaux courbes et que l'on fasse deux incisions sur la cloison : l'une d'elles se rapprochant beaucoup de l'arête du nez, l'autre faite le long du plancher aussi bas que possible. Les ciseaux sont basés sur le principe des cisailles de Asch et rappellent comme forme ceux employés par Ajutolo, Les branches sont introduites séparément dans chacune des narines, de façon à placer le septum entre les deux parties tranchantes. La section de part en part est faite tout d'abord le long du plancher, près de l'insertion inférieure, sur une longueur de 2 ou 3 centimètres, puis sans quitter les fosses nasales le long de l'arête du nez en partant de l'extrémité antérieure de la première incision pour remonter en faisant un angle aigu. Le lambeau mobile peut alors être repoussé par le doigt introduit dans la fosse nasale la plus étroite.

Nous n'avons pas opéré d'après les indications du Dr Moure, mais nous pensons que le procédé a l'avantage de permettre un redressement plus complet de l'arête. Dans le procédé d'Asch ce résultat est plus difficile à obtenir parce que le segment compris entre l'incision et l'arête est plus large, parce que ce segment est souvent maintenu dans sa

position vicieuse par les os du nez jouant des deux côtés le rôle d'attelles.

L'opération de Moure doit être préférée à celle d'Asch si les lambeaux peuvent empiéter assez l'un sur l'autre pour ne pas laisser une ouverture à la cloison.

Nous n'avons pas eu, dans trois opérations où nous avons appliqué les tubes en ébonite, les ennuis que le Dr Moure paraît redouter. Un badigeonnage à la solution de cocaïne 1/10 permit de placer assez facilement et d'éviter des douleurs au patient.

Certains opérateurs laissent l'attelle en place tout le temps du traitement. Richardson a proposé de ne l'enlever qu'au bout de dix jours. La cloison serait suffisamment fixée dans sa nouvelle position et pourrait se passer de support. King suit la même méthode. Moure laisse ses tubes dilatateurs en place pendant le même nombre de jours, de huit à dix.

Le nettoyage des tubes en ébonite nous a paru assez facile quand on instillait une petite quantité d'huile d'olives stérilisée et mentholée un instant avant de donner la douche nasale avec de l'eau boriquée tiède. Cependant nous nous proposons d'employer pour nos prochaines opérations les dilatateurs du praticien de Bordeaux, parce que ces tubes sont faciles à placer et portent au bas du métal flexible un prolongement qui sert d'arrêtoir au bord de la narine. Ce détail remplace le fil que l'on est obligé de passer dans un des trous du tube d'ébonite pour empêcher cette attelle de remonter.

Les observations présentées par Thorner, King, Moure nous dispensent d'insister davantage et de décrire en détail deux autres opérations faites avant celle que nous venons de présenter. Nous croyons pouvoir conclure que l'opération d'Asch, modifiée ou non, est appelée à rendre des services. On peut la proposer aux personnes qu'une déviation de la cloison gêne beaucoup, mais en prévenant que l'opération et le traitement consécutif demanderont un certain temps, c'est-à-dire une grande patience de leur part.

ASSOCIATION AMÉRICAINE DE LARYNGOLOGIE

XXII[e] CONGRÈS ANNUEL TENU A WASHINGTON LES 1[er], 2 ET 3 MAI 1900

Première journée, séance du 1[er] mai.

M. T. A. DE BLOIS (Boston). — **Fractures du nez** *(Fractures of the nose).*

Les nez soi-disant cassés ne sont pas généralement de vraies fractures. Ce sont plutôt des déplacements et des dislocations des os. Ces cas doivent être classés d'après le degré du traumatisme et aussi selon les rapports qu'affectent entre elles les parties lésées. Il peut y exister soit une dislocation (non pas une fracture) des os du nez, c'est-à-dire une solution de continuité dans les os, soit une fracture de l'apophyse nasale du maxillaire supérieur ou de la zygomatique. Des traumatismes peuvent également se produire au cours d'un accouchement, de l'allaitement ou pendant le sommeil, à cause du contact permanent du nez, si délicat à cette période de la vie, avec le sein ou l'oreiller. Dans d'autres cas, ces traumatismes sont dus à des chutes, des bagarres, des coups ou des collisions. L'*upper-cut*, coup du boxeur, détermine une lésion de la cloison suivie de gonflement, d'un abcès possible et d'un décollement des parties sous-jacentes. Le coup *de côté* produit une double dislocation des os du nez, tandis que par le coup *droit* le bord interne du nez est reporté en bas et en dehors.

Le traitement consiste à réduire le déplacement, qui peut nécessiter parfois une anesthésie générale. Les nez plats peuvent être traités de façon à éviter des appareils extérieurs. Comme attelle interne, on peut se servir d'un petit morceau de caoutchouc formant tuyau et qu'on introduit au moyen de ciseaux étroits préalablement enduits d'une couche de graisse pour en faciliter l'extraction. L'élasticité du caoutchouc agit lentement et remettra souvent en place un nez disloqué, bien qu'on doive attendre plusieurs jours pour obtenir complet l'effet désiré.

M. de Blois montre ensuite une luette double dont une partie paraissait provenir du pilier antérieur et l'autre du pilier pos-

térieur : la première a été amputée, laissant l'autre qui donnait à l'organe un aspect parfaitement normal.

M. E. Mayer demande si M. de Blois n'a pas trouvé que des attelles internes en caoutchouc irritaient la muqueuse du nez. Lui préfère se servir de gutta-percha que l'on peut mieux adapter à chaque cas particulier et qui est moins adhérente. Une pince très longue peut également être utilisée pour réduire des cas récents.

M. de Blois répond que le caoutchouc ne doit être gardé que provisoirement, jusqu'à ce qu'on ait obtenu une réduction complète.

M. Casselberry conseille d'administrer une anesthésie générale pour s'assurer du diagnostic et pratiquer la réduction. Des désordres plus graves s'accompagnent de fortes douleurs et il est impossible de bien examiner des enfants sans les avoir anesthésiés. Il insiste beaucoup sur les pansements extérieurs avec l'emplâtre de Paris. Le reproche qu'on peut adresser à toute autre forme d'appareils spéciaux est qu'on les a rarement sous la main au moment voulu et qu'une fois placés, ces appareils se maintiennent difficilement à leur place. On peut mouler le visage avec du plâtre au-dessus du nez, étendre le pansement jusqu'aux oreilles en le rétrécissant par en bas et le maintenant par des bandes passant en dessus et en dessous des oreilles, derrière la tête. De semblables attelles doivent être portées pendant dix jours. Comme attelles internes, on emploiera de la gaze antiseptique ; pour des lésions profondes, situées en avant dans le nez, un tube ordinaire en caoutchouc vulcanisé rendra de bons services.

M. Jonathan Wright attire l'attention sur les faits qu'on trouve dans les écrits des anciens auteurs touchant le traitement des affections nasales. Les doigts d'un enfant, des bandes fixées à des tampons, sur le côté concave de la lésion, etc., tout a été préconisé et essayé. Dans un cas récent, une autorité médicale a introduit un tampon fait de poumon de mouton.

M. John Roe préfère se servir d'une mince attelle métallique à l'extérieur avec pansement intérieur. On administrera une anesthésie chaque fois que le traumatisme sera tant soit peu sérieux. Le plâtre adhésif est un admirable agent de contention.

M. H. L. Swain attire l'attention sur la structure de la charpente du nez et dit que si l'on pouvait rapprocher assez près les deux os du nez, ils se soutiendraient l'un l'autre.

M. F. C. Cobb a obtenu d'aussi bons résultats sans appareils qu'avec des appareils. Pendant les deux premiers jours après le début de l'affection, l'état du nez décidera s'il y a lieu de poser un

appareil ou s'il peut être laissé de côté sans danger pour le malade.

M. W. K. Simpson préconise l'usage de l'éponge de Bernays qui s'adapte très bien à l'intérieur du nez, Cette éponge offre à cet effet de grands avantages, étant à la fois facile à introduire et hémostatique par la pression qu'elle exerce.

M. W. F. Chappell emploie des éponges fixées par du collodion iodoformé à une mince lanière de gutta-percha; ce procédé simple lui a donné les meilleurs résultats.

M. J. E. Logan (Kansas City). — **La rhinite atrophique** *(Atrophic Rhinitis).*

L'auteur passe en revue les différentes théories sur la pathogénie de cette affection et s'élève contre le grand nombre des termes cliniques introduits en médecine pour désigner cette entité morbide, Parmi ces théories, quatre surtout méritent de retenir notre attention. Ce sont : 1° l'hypertrophie, qui arrête le cours du sang par la pression, amenant ainsi une atrophie; 2° le coryza purulent des enfants; 3° l'origine microbienne, et 4° les affections sinusiennes.

Quant à lui, instruit par son expérience personnelle, il se range à la dernière théorie. M. Logan rapporte des faits, des exemples de différents cas où l'ouverture et le curettage des cellules ethmoïdales ont amené la guérison de la rhinite atropique. Un point qui reste obscur dans ces cas est la source véritable de la grande abondance de sécrétion.

M. Cobb a observé dans ses cas personnels de sinusite ethmoïdale une atrophie marquée du côté de l'affection sinusienne. Dans l'écoulement persistant du sinus il a noté une atrophie croissante des éléments anatomiques intra-nasaux.

M. Wright dit que des recherches anatomiques sur des cadavres n'ont pas démontré le rapport immédiat entre la rhinite atrophique et les affections sinusiennes, dont Grünwald et d'autres se sont proclamés les protagonistes. D'après son expérience personnelle, le cornet le premier atteint serait l'inférieur, mais non pas le moyen. L'étiologie de l'atrophie devient ici difficile à déterminer. Dans aucune partie de l'organisme on ne trouve de processus analogue. M. Wright ajoute une grande importance à la théorie de Choleva et de Cordez qui considèrent ce processus comme le résultat d'une

ostéite raréfiante débutant par une hypertrophie de l'os; les petits canaux de ce dernier, contenant une artériole et une veinule, s'obstruent par suite de la prolifération osseuse. Il en résulte un trouble dans la circulation sanguine de la muqueuse. Comment débute l'affection? C'est là une question de moindre importance. De récentes observations anthropométriques ont confirmé l'opinion d'Hopman sur la relation causale entre les dimensions d'un petit nerf antéro-postérieur; elles ont donné encore plus de créance à l'hypothèse de Fraenkel sur l'existence de cette affection spécialement dans le type cranien brachio-céphalique. Cette dernière théorie ne peut s'appliquer qu'à certaines régions géographiques, telles que l'Allemagne et la Suisse, mais n'est pas applicable aux malades américains. D'ailleurs, on ne saurait invoquer une seule et même cause dans tous les cas. D'après l'expérience de M. Wright, 75 o/o des malades sont des femmes et la vie sexuelle pourrait en être un facteur important.

M. Swain dit que l'ostéite raréfiante a été invoquée comme cause d'œdème intra-nasal et de formations polypoïdes, mais les affections intra-nasales varient selon les différents types des crânes. Le type brachio-céphalique des fosses nasales se prête plus difficilement à un nettoyage que tous les autres types.

M. Emil Mayer (New-York). — **Rhinite membraneuse récidivante due au bacille de Friedlander, avec relation d'un cas** *(Recurring membranous rhinitis due to the bacillus of Friedlander, with report a of case).*

L'histoire clinique de ce cas faisait partie de la communication du Dr Mc Reynolds, de Dallas, Tex., à l'Association médicale américaine. Lorsque le cas fut soumis à l'observation de M. Mayer, il pratiqua des examens bactériologiques et microscopiques qui lui montrèrent que la formation de ces membranes était due au bacille de Friedlander. L'observation personnelle de l'auteur est suivie d'une analyse des 13 cas recueillis par lui dans la science, et sa communication nous donne un résumé complet de la littérature du sujet.

(A suivre.) Trivas.

REVUE GÉNÉRALE ET ANALYSES

BOUCHE ET PHARYNX BUCCAL

Nouveaux cas d'amygdalite ulcéro-membraneuse, par le Dr Raoult.

L'auteur s'est consacré d'une façon particulière à l'étude de l'amygdalite ulcéro-membraneuse. Il en rapporte de nouvelles observations, parmi lesquelles trois sont intéressantes soit par la bilatéralité des lésions, soit par les récidives présentées par les malades.

Cette affection paraît dans son évolution présenter les deux stades suivants : 1° celui de fausses membranes, et 2° celui de l'ulcération. L'agent principal de cette amygdalite ulcéro-membraneuse est le bacille fusiforme, que M. Vincent a été le premier à faire connaître. Mais on ne peut appeler cette maladie « amygdalite de Vincent », attendu que ce dernier auteur a seulement vu la première période de la maladie, la période diphtéroïde; s'il a parlé de l'ulcération, c'est tout à fait incidemment, en disant que, dans les cas graves, la fausse membrane peut parfois reposer sur un « ulcère anfractueux ». (Congrès des Sociétés savantes, tenu à Nancy du 9 au 13 avril 1901; *Bull. méd.*, 13 avril 1901.)

Dr G. Liaras.

LARYNX ET TRACHÉE

Un cas de cancer du larynx de longue durée *(Case of cancer of the larynx with a long course)*, par le Dr E. Donaldson.

La malade a été atteinte d'enrouement au mois de décembre 1888. Au printemps 1889, elle avait subi, pendant sept semaines, les soins d'un chirurgien très familiarisé avec l'emploi du laryngoscope et qui avait constaté, sur la partie antérieure de la corde vocale gauche, une tumeur verruqueuse sessile, qu'il enleva avec la pince. L'examen microscopique a montré que la tumeur n'était pas de nature maligne. L'ablation de la tumeur n'a laissé sur la corde vocale qu'une cicatrice insignifiante. A la suite de l'opération, l'enrouement avait disparu et la malade allait bien jusqu'au mois de novem-

bre 1890, lorsque l'enrouement reparut de nouveau, compliqué cette fois d'une certaine difficulté respiratoire. L'auteur la vit pour la première fois, le 3 décembre 1890. Elle était alors âgée de cinquante-huit ans. La corde vocale gauche était, dans sa partie antérieure, le siège d'une tumeur de coloration pâle, sessile, et qui occupait tout le tiers antérieur de la corde. En novembre 1892, on constata une tumeur analogue sur la corde vocale droite, en face de celle du côté gauche. Il n'y avait pas d'immobilité des cordes vocales. De temps en temps les tumeurs était touchées à l'éthylate de soude, à l'alcool absolu, ou avec une solution de chlorure de zinc.

Les progrès de l'affection ont été très lents, et il n'y avait pas de différence sensible d'un mois à l'autre. En 1896, elle se soumit de nouveau au traitement du chirurgien qui l'avait soignée la première fois; au mois de novembre de la même année, il a été obligé de la trachéotomiser à cause des troubles respiratoires qui ont subi une aggravation inquiétante. Vers la fin du mois de décembre 1896, le pli ary-épiglottique gauche a été trouvé tuméfié. L'espace glottique, entre les deux tumeurs, était réduit à une simple fente. Convaincu, cette fois, qu'il s'agissait d'une tumeur maligne, l'auteur consulta le chirurgien, qui répondit que, d'après lui, l'extirpation du larynx ne prolongerait pas la vie. En février 1897, les deux plis aryépiglottiques étaient tuméfiés. La malade était absolument incapable de prononcer un seul mot. La déglutition était très douloureuse. Elle dépérissait de plus en plus. Pendant les derniers jours, le lait qu'elle prenait refluait par la canule trachéale. Elle est morte le 22 janvier 1899.

A l'autopsie, on trouva qu'il existait une communication entre le larynx et l'œsophage, juste en face de l'ouverture trachéale. Le larynx ne présentait plus qu'un organe informe, absolument méconnaissable.

L'auteur ne dit pas quelle était la variété de la tumeur. A-t-elle été maligne dès le début, ou s'agit-il d'une transformation maligne d'une tumeur primitivement bénigne? L'auteur ne fait que poser ces questions, sans y répondre. (*British med. Journ.*, 25 mai 1901.)

Dr Jankelevitch.

OREILLES

Note sur une cellule spéciale de l'apophyse mastoïde. *(Nota su di una cellula speciale dell' apophisi mastoidea)*, par le Dr S. Citelli.

Homme de soixante ans, de constitution robuste et mort d'une affection quelconque, non auriculaire. Les deux membranes du tympan étaient normales. Mais la face externe de chaque apophyse mastoïde était traversée d'une crête osseuse saillante, qui se continuait avec la racine postérieure de l'apophyse zygomatique et traçait ainsi la base ou la limite supérieure de la région mastoïdienne. L'auteur exécute de chaque côté l'opération radicale par le procédé Schwartze-Stacke. On trouve l'apophyse mastoïde droite éburnée. Mais, à gauche, où la mastoïde est également éburnée, il éprouve une grande difficulté à ouvrir l'antre qui paraît très profond et à dimensions considérablement réduites. Il va ensuite à la recherche du sinus latéral et commence par abattre la partie postéro-supérieure de la surface osseuse de la mastoïde, pour tomber ainsi sur le point de départ de la portion descendante ou mastoïdienne du sinus. Après avoir enlevé la corticale, il rencontre une vaste cavité, de forme cylindrique, qu'il prit tout d'abord pour l'antre même. Mais, après avoir bien examiné les parties, il vit qu'il s'agissait d'une énorme cellule mastoïdienne, située en arrière et un peu plus superficiellement que l'antre. C'était une cellule à grand diamètre antéro-postérieur et dans laquelle on pouvait distinguer quatre parois et deux bases. La paroi supérieure du tegmen, très mince, la séparait de la fosse cérébrale moyenne et du point de départ du sinus pétreux supérieur; l'inférieure était formée par le reste de l'apophyse mastoïde éburnée; l'interne, profonde, correspondait à la partie postérieure de la base du rocher; l'externe était formée par la corticale, qui paraissait plutôt épaissie. Des deux bases, l'antérieure constituait la paroi postérieure de l'antre et était traversée par de minuscules conduits osseux qui mettaient en communication la cavité de la cellule avec celle de l'antre; la base postérieure, extrêmement mince et réduite à une lame vitrée, correspondait directement au point de départ de la portion verticale du sinus sigmoïde. La cavité de la cellule avait une

largeur de 12 millimètres, une hauteur de 5 millimètres et une profondeur de 6 millimètres.

L'existence de cette cellule est rare, puisque l'auteur ne l'a trouvée que sur un cadavre sur 30. Il insiste sur les dangers qu'elle peut créer dans les cas de mastoïdite chronique, vu les rapports étroits qu'elle présente en haut avec la fosse cérébrale moyenne, en bas avec le sinus latéral. Lorsqu'on voit, après une mastoïdite chronique opérée radicalement, les symptômes persister ou ne disparaître que lentement, il faut penser à la possibilité de l'existence de la cellule en question. (*Archiv. ital. di otol.*, XI, 3, 1901.)

Dr JANKELEVITCH.

Furonculose du conduit auditif simulant une périostite de l'apophyse mastoïde *(Furunculosis of the external auditory canal simulating mastoid periostitis)*, par le Dr J.-G. CONNAL.

Premier cas. — Garçon, âgé de huit ans, atteint depuis huit jours de surdité et de douleurs violentes dans l'oreille droite. A toujours joui d'une bonne santé. A l'examen, on constate la présence dans le conduit auditif de deux furoncles, dont un situé sur la paroi inférieure, l'autre sur la paroi postérieure de la portion cartilagineuse du conduit. L'apophyse mastoïde était tuméfiée, le pavillon de l'oreille refoulé en avant et en bas, les paupières du même côté œdématiées. Incision des deux furoncles. Le pus renfermait des staphylocoques dorés. Huit jours après, le malade était complètement guéri.

Le *deuxième cas* est absolument analogue au précédent; les symptômes généraux étaient un peu plus prononcés; fièvre, transpiration, etc. Il existait un gros furoncle au niveau de la réunion du plancher et de la paroi postérieure du conduit. Incision. Le pus renfermait également des staphylocoques dorés. Guérison au bout de dix jours. (*British med. Journ.*, 25 mai 1901.)

Dr JANKELEVITCH.

Un cas d'aphasie congénitale (mutité sans surdité) *(Aphasia congenita)*, par le Dr R. KAYSER.

Enfant de six ans, a toujours été bien portant, sauf un léger écoulement d'oreilles qu'il a eu à l'âge d'un an. A part quelques mots rares, l'enfant ne parle pas, mais entend bien.

L'examen objectif ne révèle rien d'anormal; seul le crâne frappe par ses dimensions extrêmement petites. Les deux membranes du tympan sont un peu troubles, le nez normal, la respiration nasale libre. La preuve que l'enfant entend, c'est qu'il exécute les ordres qu'on lui donne. L'examen fonctionnel est impossible, d'abord à cause du peu d'intelligence de l'enfant, ensuite parce qu'il est très désobéissant, entre facilement en colère. On institue des exercices phonétiques qui ne restent pas sans succès, puisque, au bout de neuf mois, on peut constater que le vocabulaire de l'enfant s'est considérablement enrichi.

Il s'agit donc, dans ce cas, d'une forme assez rare d'aphasie, avec conservation presque totale de l'ouïe. L'auteur croit pouvoir considérer cette aphasie comme une manifestation de la faiblesse intellectuelle, de l'idiotie, que cet enfant présentait incontestablement. (*Monats. f. Ohrenheilk.*, n° 4, 1901.)

Dr JANKELEVITCH.

NOUVELLES

Nominations. — Le Dr Robert Lewis a été nommé chirurgien de la New-York Eye and Ear Infirmary.

Le Dr J. C. Beck a été nommé professeur d'otologie au Chicago Eye, Ear, Nose and Throat College.

NÉCROLOGIE

Dr T. F. RUMBOLD

Le *Medical Record* nous apprend la mort du Dr T. F. Rumbold, de Saint-Louis, qui a succombé le 23 mai dernier à l'âge de soixante et onze ans. Originaire d'Écosse, Rumbold vint de bonne heure aux États-Unis. Il était professeur au Jefferson medical College et connu comme laryngo-rhinologiste.

Bordeaux. — Impr. G. GOUNOUILHOU, rue Guiraude, 11.

22e ANNÉE. N° 32. 10 AOUT 1901.

REVUE HEBDOMADAIRE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

VARIÉTÉ RARE
DE CELLULITE MASTOÏDIENNE ABERRANTE[1]

Par le Dr J. TOUBERT,
Médecin-major de 2e classe, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

OBSERVATION. — *Cellulite mastoïdienne postéro-supérieure extra-antrale. Curettage. Guérison.*

Th..., cultivateur, vingt-deux ans, jeune soldat. Comme antécédents personnels, otites dans l'enfance, de courte durée, mais à répétition. En fin janvier 1901, bronchite subaiguë, otalgie, puis suppuration de l'oreille droite, qui cessa pendant deux semaines, puis reparut, très abondante, et nécessita l'hospitalisation le *13 février 1901*.

État actuel. — Montre non perçue au contact. Weber latéralisé à droite, Rinne négatif. Voix chuchotée perçue à 50 centimètres, voix ordinaire perçue à 2^m50 à droite. Écoulement très abondant du côté droit. Apophyse mastoïde indolore; cependant le malade dit avoir éprouvé, à ses poussées antérieures, des douleurs à la partie *postérieure* de la mastoïde. Tympan rouge, œdématié; perforation inférieure, animée de battements. Jusqu'au 25 février, même état.

Le *11 mars*, tuméfaction diffuse rétro-auriculaire. Douleur à la pression, mais pas plus marquée que la douleur au pincement, d'où hypothèse de phlegmon d'origine ganglionnaire. Pansement humide.

22 mars. — La tuméfaction est devenue fluctuante. Incision au point déclive, c'est-à-dire répondant au tiers inférieur de la mas-

1. Travail reçu le 4 juillet 1901.

toïde. Écoulement d'une grosse cuillerée à café de pus phlegmoneux épais. Décollement étendu, surtout en haut, sur 3 à 4 centimètres. Pas de point osseux dénudé; pas d'orifice fistuleux. Le diagnostic d'adéno-phlegmon paraît confirmé. L'examen microbiologique révèle la présence du streptocoque.

Du *23 au 25*, écoulement abondant, surtout le 23 mars, où le pansement est traversé.

Du *25 au 30*, cessation de l'écoulement par l'oreille, réapparition du cérumen. Suppuration modérée, mais persistante, par l'incision rétro-auriculaire. Pansements humides. Drainage.

Le *31 mars*, l'exploration minutieuse fait découvrir à l'extrémité supérieure de la poche une surface osseuse dénudée. Débridement en haut (sur 3 à 4 centimètres) de l'incision primitive. Mise à jour d'une véritable cavité tapissée par du tissu fongueux. Curettage des parois, hémostase. Dans le fond apparaît une surface osseuse jaunâtre, irrégulière: la couche corticale se détache aisément et la curette ramène une écaille osseuse de 1 centimètre carré; le diploé sous-jacent est mou sur une profondeur de 1 centimètre environ. Curettage jusqu'à l'os dur. Pas d'orifice dans le fond de ce puits osseux, dont les parois sont dures partout. Il siège à 3 centimètres en arrière et 2 centimètres au-dessus des bords postérieur et supérieur du méat auditif. Attouchements au chlorure de zinc à 1/10. Pansement à plat à la gaze iodoformée.

Le *7 avril*, l'œdème a totalement disparu. La cavité se comble rapidement par bourgeonnement.

Le *16 avril*, la cicatrisation est complète: la région a repris son aspect normal. Le tympan est sec et les repères classiques s'y perçoivent. Acuité auditive identique à droite et à gauche.

En résumé, otite moyenne subaiguë, réaction mastoïdienne minime, ostéite à distance, hors de l'antre, révélée par un phlegmon sous-cutané, qui n'a guéri que par la suppression du foyer osseux.

Remarques. — Cette observation présente plusieurs particularités intéressantes :

1° *Au point de vue étiologique.* — Il s'agit d'une affection probablement fort rare. Moure et Lafarelle viennent de relater une observation de méningite mortelle, consécutive à la suppuration d'une cellule mastoïdienne aberrante, survenue un mois après la guérison par trépanation d'une mastoïdite (*Rev.*

hebdom. de laryngol., 26 janvier 1901). Or, ils considèrent leur cas comme unique et citent simplement comme analogue un cas jusqu'alors isolé, relaté par Mignon *(Complications septiques des otites moyennes suppurées)*, d'après Huntington Richard (*Med. Record*, décembre 1881). Toutefois, cette rareté n'est peut-être qu'apparente, et il est permis de supposer qu'un certain nombre de cas de ce genre peuvent être méconnus quant à leur existence et à leur interprétation.

En tout cas, c'est une complication de plus, parfois grave (le cas de Moure le prouve), à ajouter à celles qui assombrissent le pronostic des otites suppurées.

A ces deux cas, on peut joindre une observation de Taptas (de Constantinople), unique sans doute, quoique plusieurs fois reproduite (Congrès internat. de 1900 et *Ann. des mal. de l'oreille*, février 1901). Il s'agit d'un abcès intra-cranien, périsinusal, développé assez longtemps après la guérison d'une otite moyenne; il fut diagnostiqué au cours de la trépanation de la mastoïde, dont l'antre fut trouvé sain au milieu d'un tissu éburné. Lombard (Congrès internat. d'otol., p. 160) signale simplement ces abcès postérieurs de la mastoïde, sans en rapporter d'observations[1].

2° *Au point de vue anatomique.* — Un fait précis et digne de remarque se dégage de l'étude des quatre observations ainsi réunies: c'est le siège du foyer intra-osseux. S'il s'agit — ce qui est probable — d'une cellule aberrante, donc anormale, cette anomalie se reproduit en un lieu d'élection qui ne varie guère. Huntington Richard a trouvé l'abcès « à 35 millimètres en arrière de la paroi postérieure du conduit et à hauteur de la paroi supérieure de celui-ci ». Moure et Lafarelle ont découvert (surprise d'autopsie) le foyer, méconnu au cours de l'antrotomie classique, placé « exactement au-dessus d'un

1. Stanculéanu et Depoutre viennent de signaler quatre cas nouveaux (*Presse méd.*, 27 juillet 1901), dans un article postérieur à la remise de ce travail.

plan horizontal passant par le pôle supérieur de l'orifice du conduit auditif externe, et à 1 centimètre en arrière du plan vertical passant par le sommet de la mastoïde ».

Taptas trouva « vers le bord postérieur de l'apophyse mastoïde une petite cavité osseuse de 1 centimètre de largeur. A la partie postérieure de celle-ci, une petite perte de substance de la dimension d'une lentille laisse voir la dure-mère, qui paraît noire et bourgeonnante ». Nous-même avons rencontré l'abcès intra-osseux à 3 centimètres en arrière, et 2 centimètres au-dessus du conduit auditif. Enfin la pièce de Mignon (fig. 81 de son livre) assigne la même topographie à cette cellule. D'autre part, tout récemment (Soc anatom., 28 juin 1901), au cours de recherches cadavériques, portant sur cent temporaux, MM. Stanculéanu et Depoutre ont trouvé 40 fois ces cellules postérieures, réparties en trois îlots, postéro-supérieur, supérieur et postéro-inférieur, tous en rapport avec le sinus latéral et le premier, en outre, très proche de la dure-mère. Elles communiqueraient souvent avec l'antre, mais en seraient quelquefois séparées par un pont osseux.

Nous croyons donc que ce groupe mérite le droit de cité en pathologie mastoïdienne, et que, aux groupes plus connus classés par Ricard (*Gaz. des hôpit.*, février 1889), cellules pétreuses antérieures et cellules pétreuses postérieures, placées en avant, en dehors et en arrière de la caisse, il convient d'ajouter un petit groupe aberrant que l'on peut appeler rétro-antral ou mastoïdo-occipital. Il existerait non seulement sur les apophyses pneumatiques, c'est-à-dire soufflées, mais même dans des cas où « le reste de l'apophyse a un aspect diploïque » (Mignon) et où même « l'apophyse est tout éburnée » (Taptas).

Les rapports de cette cellule sont, à peu de chose près, ceux de l'antre : ils comportent même des voisinages plus dangereux, l'encéphale en haut, le sinus en dedans. L'autopsie de Moure, l'opération de Taptas ont permis de vérifier ces rapports; la figure de Mignon les fait voir également;

l'histoire du malade de Huntington Richard, chez qui les lavages « déterminaient une douleur hémicranique » et chez qui la suppuration de la plaie opératoire s'accompagna de « céphalalgie, de nausées, de vomissements », permet de supposer que les mêmes rapports devaient exister dans ce cas. Si, au cours de notre opération, nous n'avons constaté rien d'analogue, cela tient sans doute à ce que, favorisé par les circonstances, nous avons opéré assez tôt, vingt jours après le début de la réaction mastoïdienne, alors que H. Richard est intervenu au trente-cinquième jour, Taptas à la sixième semaine, et que l'autopsie de Moure a été faite un mois après le début de la mastoïdite.

3° *Au point de vue pathogénique.* — Il est classique que l'infection extensive d'origine otique procède de proche en proche par continuité de tissu. Le cas de Huntington Richard témoigne en faveur de cette pathogénie, puisque, « en pressant sur l'abcès, on détermine un écoulement de pus par le conduit auditif. » Otite moyenne, mastoïdite, cellulite se sont ici succédé classiquement. Mais, dans le cas de Moure, il s'agissait de « cellules mastoïdiennes isolées à la partie postérieure de l'apophyse et séparées du groupe principal par une lame épaisse de tissu compact, éburné, imperméable ». Aussi cet auteur admet que « l'infection s'est faite, non de proche en proche, mais par le transport des germes à distance par voie sanguine ou lymphatique », d'autant plus que, dans ce cas, la méningite était diffuse et symétrique et qu'il n'y avait pas de « pertuis entre les méninges et le foyer purulent ». Dans notre cas, bien que l'antrotomie n'ait pas été faite, nous croyons que la distance séparant le siège classique de l'antre de notre foyer osseux aberrant exclut l'hypothèse d'une propagation de proche en proche par l'intermédiaire de l'os. La voie lymphatique ou la voie veineuse (anastomoses entre le sinus, les veines de l'os et celles du tégument) sont les plus probables. Ce sont celles qu'incrimine également Taptas.

Quoique localisée à distance de l'antre, l'infection de la cellule aberrante doit bien être cependant, en principe, d'origine antrale. Dans le cas de Huntington Richard, l'évolution clinique l'a prouvé : c'est au huitième jour qu'est faite l'incision de Wilde et au trente-cinquième qu'est incisé l'abcès sous-cutané consécutif à l'ouverture spontanée de l'abcès osseux rétro-antral au dehors. Dans le cas de Moure, les constatations anatomo-pathologiques le démontrent. Enfin, dans notre observation l'histoire de l'affection permet de supposer qu'il y a eu une endomastoïdite qui a guéri spontanément par le drainage naturel à travers l'aditus, la caisse et le tympan.

Nous ne croyons pas que l'on soit en droit d'admettre que l'infection peut se faire de l'extérieur vers l'intérieur de l'os, c'est-à-dire, par exemple, qu'un abcès extra-mastoïdien d'origine ganglionnaire ou périostique est capable, par la voie d'une veine émissaire, d'infecter la cellule aberrante ou même de créer dans le diploé un foyer osseux secondaire. Dans le cas de Huntington Richard, dans le nôtre, dans celui de Taptas, la constatation de la douleur osseuse à la pression précède de plusieurs jours la constatation du foyer d'inflammation extérieur. Il est donc vraisemblable que la localisation intra-osseuse est primitive et l'extra-osseuse secondaire.

4° *Au point de vue de l'évolution clinique.* — Il est à noter que les symptômes peuvent rester très effacés, comme dans notre cas et celui de Huntington Richard, où la courbature, la douleur et les bourdonnements sont les seuls signes de l'infection, qui est demeurée apyrétique jusqu'à l'ouverture extérieure de l'abcès osseux. Ils peuvent être plus inquiétants : le malade de Moure avait un état général mauvais et présentait le facies infecté; celle de Taptas avait de l'anorexie, de l'insomnie, et une céphalée très pénible. Enfin, les signes révélateurs de complications endocraniennes peuvent apparaître à l'improviste, et cela assez longtemps après la guérison apparente de la poussée d'antrite, puisque, dans l'observation

de Moure, il y a eu presque trois semaines d'intervalle. Ils peuvent rester assez longtemps peu bruyants, puisque, dans le cas de Taptas, six semaines se sont écoulées entre la fin de l'otite et la constatation de l'abcès périsinusal qui fut découvert par hasard.

Un dernier point à noter est la rapidité de la guérison dès que le foyer intra-osseux est vidé : il a suffi de quatorze jours pour le malade de Huntington Richard et de quinze jours pour le nôtre. Un mois a été nécessaire pour la malade de Taptas, en raison de la profondeur des lésions.

L'ouverture peut se faire spontanément, soit assez largement vers l'antre et vers la peau à la fois, comme dans le cas d'Huntington Richard, terminaison très favorable; soit à la peau seulement, et alors par « filtration » quelquefois, pour ainsi dire, plutôt que par irruption, comme dans notre cas, terminaison encore favorable; soit à la peau en même temps que vers l'endocrâne (cas de Taptas), terminaison dont le pronostic doit être des plus réservés. Enfin, la propagation de l'infection peut se faire uniquement vers l'encéphale, comme dans le cas de Moure, où le sinus était fort près, alors que l'antre et la corticale se trouvaient fort loin de la cellule osseuse infectée, terminaison fatalement mortelle.

5° *Au point de vue du diagnostic.* — Une telle localisation de l'infection intra-osseuse, par cela même qu'elle résulte d'une anomalie anatomique impossible à prévoir à l'avance, peut être tout au plus soupçonnée, mais non diagnostiquée à coup sûr. Il est même des cas, comme celui de Moure, où le diagnostic pré ou post-opératoire sera impossible. La découverte d'un point osseux douloureux au-dessus et en arrière de l'antre peut éveiller l'attention sur cette complication. En vérité, l'infection secondaire, le phlegmon sous-cutané consécutif, à siège postéro-supérieur, sera probablement le seul élément de diagnostic. Et encore le chirurgien non prévenu peut-il n'en pas apprécier la valeur. Huntington Richard n'eut d'abord qu'un « soupçon » et crut plutôt à une « adé-

nite ». C'est à une mastoïdite que pensa Taptas en constatant « un léger œdème derrière le pavillon avec engorgement des veinules sous-cutanées ». C'est sur le diagnostic d'adénophlegmon que nous sommes resté pendant plus d'une semaine, avant la découverte du point osseux dénudé. Cependant l'abondance et surtout la persistance de la suppuration doivent en pareil cas faire songer à l'origine osseuse du pus.

6° *Au point de vue du pronostic.* — Une série de 4 cas ne saurait rien prouver. Toutefois, le cas de Taptas et celui de Moure imposent des réserves : si l'abcès extra-dural est à la rigueur curable, la méningite ne l'est guère.

7° *Au point de vue du traitement.* — La cellulite postéro-supérieure extra-antrale est peut-être susceptible de guérir spontanément; mais ce n'est pas probable. En effet, si l'endomastoïdite simple, c'est-à-dire l'infection de la muqueuse de l'antre, peut rétrocéder et rétrocède souvent seule, l'ostéomastoïdite, c'est-à-dire l'infection des parois osseuses de l'antre, ne guérit que par trépanation chirurgicale ou spontanée. Donc, *a fortiori*, la cellulite rétro-antrale, qui ne peut aussi aisément que les autres cellulites s'ouvrir dans l'antre et encore moins dans le conduit, réclame l'acte chirurgical. Celui-ci est d'ailleurs simple, dès que l'abcès osseux marche vers la peau. Tout chirurgien, tout médecin même, peut pratiquer une telle opération. Il suffit qu'il ait su faire au préalable le diagnostic étiologique d'un abcès mastoïdien à siège un peu anormal, c'est-à-dire qu'il soit prévenu de l'existence possible de cas analogues à ceux que nous venons de rapporter.

UN CAS DE VERTIGE NASAL

GUÉRI PAR L'ABLATION BILATÉRALE D'UN COPEAU DE LA CLOISON ÉPAISSIE[1]

Par le Dr **SUAREZ DE MENDOZA**, de Paris.

Si les vertiges auriculaires et stomacaux ont depuis longtemps pris droit de cité dans la pratique médicale, il n'en est pas de même de son puîné, le vertige nasal. Un léger sourire effleure encore les lèvres du praticien, lorsqu'en face d'un malade tourmenté par des vertiges, après avoir passé en revue toute la série, depuis celui du mal comitial jusqu'au vertige de l'oreille, on émet la possibilité du vertige nasal.

Ayant eu l'occasion d'observer un cas intéressant dans cet ordre d'idées, j'ai cru utile de vous le communiquer, pour contribuer dans le possible à ce que l'on rende à César ce qui, paraît-il, lui appartient.

Voici l'observation :

Observation. — Mme X..., trente-deux ans, née en Amérique, a toujours été d'une bonne santé habituelle, s'est mariée à vingt ans et a eu quatre enfants. A la suite du dernier enfant, a eu de l'albuminurie avec quelques troubles urémiques, qui ont disparu, au bout de trois mois par le régime lacté. Il y a cinq ans, à la suite d'une attaque d'influenza, devint sourde et fut soignée en Amérique par le sondage cathétérisme, l'électricité et le massage. L'audition devint normale, mais la malade conserva une susceptibilité spéciale, dit-elle, qui lui donne des vertiges très forts, allant quelquefois jusqu'à la chute, chaque fois qu'elle se trouve dans un appartement surchauffé, ou lorsqu'elle passe subitement d'un milieu froid à un milieu chaud et surtout lorsqu'elle est prise de coryza, si petit qu'il soit.

Venue en France depuis trois ans, elle a été soignée d'abord par la quinine à haute dose, puis soumise au bromure par son médecin habituel, parce qu'une de ses parentes éloignée a dû être enfermée dans une maison de santé pour soigner des attaques convulsives

1. Travail communiqué à la Société française de laryngologie, mai 1901.

qui n'ont jamais été bien caractérisées. A mon examen, j'ai constaté l'état normal des deux oreilles, trompes libres, tympans mobiles, audition : 70 centimètres. La cavité naso-pharyngienne est saine.

En examinant les fosses nasales, j'ai constaté que la cloison est fortement épaissie des deux côtés, bombant à droite et à gauche, de façon à produire l'effet d'un cornet hypertrophié occupant la ligne médiane.

Bien que les antécédents de la malade fussent absolument négatifs, je la soumis pendant quinze jours à l'iodure de potassium.

Le résultat fut négatif et même nuisible : à la suite du coryza iodique, la malade eut des vertiges très forts.

L'examen local, à ce moment, faisait voir la muqueuse des cornets, sans être hypertrophiée, très hyperémiée et, quoique légèrement gonflée, s'adaptant complètement à la convexité de la cloison. Des attouchements et des pulvérisations avec une solution de cocaïne à 5 o/o, suivis de l'emploi de la pommade borico-mentholée, soulagèrent complètement les vertiges.

Nul doute alors que la cause des accidents résidait dans l'étroitesse des fosses nasales. Comme la muqueuse des cornets était presque normale, au lieu d'agir sur elle et de troubler ses fonctions par l'emploi du galvanocautère, je me décidai à agir sur la cloison hypertrophiée. J'ai enlevé par ma méthode [1], déjà décrite, deux copeaux de la cloison et j'ai réséqué avec ma pince coupante les bords supérieurs des gouttières produites dans la cloison. J'ai pansé à la gaze iodoformée. La cicatrisation se fit sans entraves et la malade est, depuis, complètement guérie de ses vertiges.

En recherchant dans la littérature médicale, nous trouvons que, sur quinze observations publiées, on peut toujours, douze fois au moins, constater la compression ou l'irritation de la cloison, soit par la muqueuse hypertrophiée, soit par la présence d'un polype, d'un séquestre, d'un corps étranger, soit, à la partie postérieure, par la présence de végétations adénoïdes occupant tout le cavum.

C'est pourquoi, jusqu'à plus ample informé, nous croyons qu'il sera utile de rechercher la cause du vertige nasal du côté de la cloison.

1. Voir *Sur la cure radicale de l'obstruction nasale.* (Communication faite au Congrès de chirurgie.)

ASSOCIATION AMÉRICAINE DE LARYNGOLOGIE

XXII[e] CONGRÈS ANNUEL TENU A WASHINGTON LES 1[er], 2 ET 3 MAI 1900

(*Suite et fin*[1])

Deuxième journée, séance du 2 mai.

Discussion sur le diagnostic précoce et le traitement du cancer du larynx *(Discussion on the early diagnosis and treatment of laryngeal cancer).*

M. J.-A. MACKENZIE (Baltimore). — **Méthodes de diagnostic et principes généraux de traitement** *(Methodes of diagnosis and general principles of treatment).*

L'auteur dit qu'il restreindra ses remarques à certaines phases de la question qui sont pour le moment d'une urgence plus grande et d'une importance plus immédiate. Laissant de côté l'hypothèse de l'origine bacillaire du cancer, les moyens de diagnostic restent au nombre de trois : 1° l'aspect extérieur de la tumeur ou examen à l'œil nu *(naked eye appearance)*, combiné à l'histoire clinique ; 2° la thyrotomie permettant un examen plus complet des parties malades et 3° l'examen microscopique d'un fragment de tumeur.

Le second procédé fait plus souvent partie du premier.

Le troisième est le plus pratique, mais malheureusement relégué à une place inférieure.

L'extirpation d'un fragment aux fins d'examen microscopique a généralement pour conséquence d'imprimer à la tumeur une marche rapide qui marque le commencement de la fin. Quant à l'histoire clinique, pas un seul des symptômes n'a de valeur absolue. Bien des cas peuvent être diagnostiqués avec certitude à l'aide du premier procédé. L'auteur se demande si, dans le cas où un doute sérieux existerait sur la nature de la tumeur, on est autorisé à enlever un fragment de tumeur pour en faire l'examen microscopique. A cette question, M. Mackenzie y répond négativement d'une façon absolue.

Par le therme de thyrotomie, on doit entendre une dissection les tissus cervicaux plus étendue qu'une simple laryngo-fissure.

1. Voir n° 31, du 3 août 1901.

On est autorisé à la pratiquer dans les cas de doute sérieux ou quand on ne peut délimiter exactement le territoire occupé par la tumeur. Même dans ce cas il peut être impossible de circonscrire toute la zone atteinte. Il peut y avoir, d'autre part, une infiltration diffuse, sinon impossible à reconnaître entièrement. Quant à l'ablation d'un fragment de tumeur pour des recherches microscopiques, il ne faut pas oublier que ce procédé expose les malades à tous les dangers d'une auto-infection ou de foyers métastatiques. Il y a aussi le danger de provoquer une extension rapide de la zone néoplasique. Ce moyen de diagnostic est peu satisfaisant, peu concluant, trompeur et souvent impossible. Quant à la nature de l'élément infectieux du cancer, on l'ignore encore. Cet élément peut être un bacille ou être inhérent à une vitalité particulière de la cellule cancéreuse. En ce qui concerne le traitement du cancer, le temps viendra probablement où il ne sera plus chirurgical mais purement médical, à l'aide de quelque antitoxine. Pour le moment, le seul procédé est l'extirpation totale de la masse cancéreuse, des ganglions environnants et des vaisseaux lymphatiques du milieu des tissus sains. Les méthodes chirurgicales d'autrefois étaient incomplètes et l'ablation n'était que partielle. Il est, en vérité, souvent difficile de délimiter le mal, et le microscope fait voir des infiltrations dans des zones qui semblent normales à l'œil nu. Il y a souvent une infiltration diffuse ou bien une masse épithéliale s'approchant lentement de la surface. Si le mal a une tendance à se porter vers la ligne médiane, l'ablation devra être aussi précoce et aussi complète que possible. De pareilles opérations ne seront pratiquées que par des chirurgiens habiles et une sorte d'entente morale interviendra entre le chirurgien et le malade qui autorisera le premier à faire tout ce qu'il aura jugé nécessaire au mieux de ses intérêts. Dans ces conditions c'est un laryngologiste qui doit prêter son concours au chirurgien. L'extirpation du tissu lymphoïde est une des manipulations les plus faciles de la chirurgie générale. On pratiquera une trachéotomie inférieure. Le principal danger consiste dans la réinfection des ganglions lymphatiques cervicaux. Dans des cas peu avancés, où la tumeur est petite, d'apparence papillaire, nettement circons-

crite, située en dehors de la ligne médiane et sans aspect très prononcé de malignité, on peut se contenter de n'extirper qu'une moitié du larynx. Quelquefois des tumeurs qui pathologiquement paraissent de nature maligne, sont cliniquement bénignes. Quand le pédicule n'offre aucune trace d'infiltration maligne, on peut faire une simple ablation de la tumeur sans recourir à une opération plus sérieuse. Mais même dans ce cas-ci il peut y avoir doute sur l'extirpation complète de tout le néoplasme. Quant à l'ablation d'une moitié du larynx, ce qui reste n'est pas d'une grande utilité pour la production de la voix. Dans les cas de tumeurs diffuses, étendues, les opérations intra-laryngées doivent être condamnées. La simple thyrotomie avec curettage n'est pas de la chirurgie moderne et fait revenir les procédés chirurgicaux à cinquante ans en arrière. Aucune opération ne peut être considérée comme radicale si elle ne comprend pas l'extirpation des lymphatiques et, le succès après une ablation partielle ne peut s'expliquer que par une erreur de diagnostic.

M. Bryson Delavan. — **Méthodes de traitement et résultats statiques** *(Methods of treatment and the statistical results).*

L'auteur présente des tableaux de chiffres statistiques que nous ne pouvons reproduire ici. Il y a sept ans, il adressa un appel à un certain nombre de collègues, les priant de lui communiquer les observations complètes de tous les cas traités par eux avec ou sans succès. Ces données statistiques sont une compilation faite avec soin de 163 cas survenus dans la clientèle de 8 chirurgiens continentaux. Aucun d'eux n'avait opéré moins de 10 cas; les cas des chirurgiens américains ont été tous éliminés de ces tableaux. Les statistiques publiées à ce sujet jusqu'à présent étaient embrouillées et erronées; il en résultait des confusions et des répétitions. Dans certains cas les malades ayant subi plusieurs opérations figuraient dans plusieurs catégories. Enfin les statistiques publiées n'établissaient aucune ligne de démarcation entre la thyrotomie et la résection partielle. Dans le nombre total des cas étudiés, le nombre de guérisons ne s'élevait qu'à 6 o/o, autrement dit les malades étaient encore vivants trois ans après l'opération.

J. Solis-Cohen. — **Méthodes chirurgicales** *(The surgical procedures).*

Avant d'entreprendre l'opération, le chirurgien doit obtenir l'autorisation du malade à faire tout ce qu'il jugera nécessaire. Si la masse néoplasique affecte une forme telle qu'une section peut être pratiquée à travers toute l'épaisseur, permettant ainsi l'examen de la surface coupée, ce procédé pourra être utilisé. Si les cordes vocales sont envahies par la tumeur, on pratiquera la thyrotomie et on enlèvera au bistouri la zone circonscrite atteinte. On ne saurait beaucoup espérer d'une extirpation partielle.

M. Solis-Cohen formule les règles suivantes que l'opérateur doit scrupuleusement observer au cours de la laryngectomie :

1° En fin d'empêcher la pénétration de matières septiques dans les poumons, la tête du malade sera placée dans une position demi-tournée pendant toute la durée de l'opération. Si quelques matières septiques parviennent à pénétrer dans les poumons, cela n'arrive qu'avec l'emploi du tampon trachéal, car avec ce dernier moyen une protection absolue est impossible.

2° Une trachéotomie préalable est nécessaire, autrement l'exécution de l'opération pourra être entravée par la descente de la trachée.

3° On fixera l'épiglotte, si c'est possible.

4° Il faut éviter toute communication entre la bouche et les voies respiratoires. Après avoir fixé la partie supérieure de la trachée à la peau, on assujettira la canule longitudinalement sur une petite longueur.

5° Tout pansement sera proscrit. On alimentera le malade à l'aide de lavements nutritifs et l'on se gardera bien d'introduire une sonde par la bouche.

6° Le larynx sera enlevé de bas en haut, et après l'opération le pied du lit devra être sur un plan élevé.

M. C.-C. Rice est convaincu que le laryngologiste ne doit pas céder la place au chirurgien avant que le diagnostic ait été posé d'une façon ferme.

Au début, il est difficile d'établir un diagnostic ferme, et, selon lui, avant de conseiller l'opération, on doit ordonner des iodures et surveiller soigneusement le progrès de la maladie.

M. Emil Mayer appelle l'attention sur ce fait qu'il y a des cas diagnostiqués comme cancer du larynx, alors que la tumeur avait pour origine l'œsophage. Il croit que l'application des méthodes endolaryngées a des indications nettes et des limites restreintes qu'il ne faut pas dépasser.

M. W. K. Simpson ne conseille l'extirpation totale qu'après examen au microscope d'un fragment de tumeur; l'aspect du néoplasme ne fournit pas toujours, comme élément de diagnostic, des signes de certitude. Lorsque le cas se présente à sa période de début et ne montre qu'un dépôt isolé, on peut alors utiliser les méthodes endolaryngées. Un malade qu'il avait traité de la sorte, vivait encore quatre ans après l'opération.

Troisième journée, séance du 3 mai.

M. F.-E. Hopkins. — **Hémorragie secondaire après l'emploi d'extrait de capsule surrénale** *(Secondary hemorrhage after the use of suprarenal extract).*

L'auteur relate l'histoire de trois cas d'exostose postérieure de la cloison, où l'emploi d'extrait surrénal a été suivi d'une hémorragie secondaire. Le but de ce rapport est de donner l'opinion de divers cliniciens sur les probabilités d'une hémorragie dans les conditions dont il s'agit. Presque tous sont d'avis que l'emploi de cette substance constitue un danger considérable et que, pour éviter cette complication, son application doit être suivie d'un tamponnement intra-nasal. En ce qui concerne le coryza, résultant de la pulvérisation des fosses nasales avec l'extrait surrénal, il semble qu'il y ait là une sorte d'idiosyncrasie, mais on ne saurait dire d'avance qui en sera ou n'en sera pas affecté.

M. Swain prétend avoir eu plus d'hémorragies avec la cocaïne et l'extrait combinés qu'avec chacune de ces substances employées isolément. Il ne faut pas oublier que l'extrait agit sur la fibre musculaire des artérioles et ne favorise pas la formation d'un caillot; par conséquent, lorsque les parois vasculaires se relâchent, on risque de voir survenir une hémorragie

M. Farlow affirme n'avoir jamais eu à déplorer une hémorragie consécutive à l'emploi d'extrait surrénal, et dans le traitement du coryza, il en a toujours obtenu de merveilleux résultats. Les effets du médicament sont, il est vrai, essentiellement changeants et

incertains et le même malade peut tantôt en bénéficier largement, tantôt en être fortement incommodé.

M. Farlow a réussi à faire complètement disparaître, grâce à ce médicament, de violentes céphalées d'origine intra-nasale. Dans de tels cas la question qui se pose est de savoir pendant combien de temps le médicament peut être continué sans préjudice pour la santé du malade.

M. W. Watson a eu à déplorer plus d'hémorragies avec l'extrait surrénal que sans lui. Il est d'avis qu'après l'opération le malade devrait être être gardé dans la salle au moins une demi-heure, car si une vaso-dilatation et consécutivement une hémorragie abondante se produisaient, on pourra immédiatement s'en rendre maître. Il a observé nombre de cas de coryza violents survenus à la suite de l'emploi d'extrait surrénal; lui-même, dans des conditions analogues, a été affligé durant dix jours d'une sinusite grave.

M. Swain dit que lorsqu'on peut obtenir des glandes fraîches, il est possible de faire une solution de leurs principes actifs dans l'acide acétique et que cette solution mise dans des tubes en verre se conserve indéfiniment.

M. J.-W. Farlow. — **Un cas d'ozène d'origine sphénoïdale probable** *(Case of ozaena probable sphenoidal origin).*

La malade, âgée de vingt et un ans, était atteinte d'un écoulement fétide et croûteux du côté gauche du nez. Il y avait atrophie considérable du tissu intra-nasal; l'écoulement semblait provenir de la partie postérieure du nez. Le stylet entrait dans une cavité qui paraissait être le sinus sphénoïdal. L'auteur obtint une guérison presque complète à l'aide d'injections de peroxyde d'hydrogène et d'une solution antiseptique alcaline, suivies peu après d'un curettage.

M. S. W. Langmaid fait observer que la récente épidémie d'influenza a occasionné un grand nombre de sinusites en déterminant des troubles graves. Dans l'espace d'une quinzaine de jours, il en a observé cinq cas aigus. Si l'attaque d'influenza était légère, les cavités accessoires restaient indemnes; par contre, là où une de ces dernières venait à s'obstruer, on pouvait voir survenir une sinusite.

M. A. W. Watson croit que l'ozène peut s'observer indépendamment d'une rhinite atrophique et qu'il peut y avoir des croûtes sans ozène. Quant au véritable ozène, il est porté à le considérer

comme le résultat d'une sinusite sphénoïdale ou ethmoïdale postérieure. Pour l'irrigation de ces régions postérieure et supérieure, M. W. donne la préférence à une faible solution de formaline.

M. Farlow clôt la discussion en disant qu'avant de procéder à l'examen du malade, il y a grand avantage à lui faire faire un lavage complet du nez, ce qui permet de s'assurer du siège exact de l'écoulement.

M. J. Payson Clark. — **Cornets moyens bulleux** *(Bullous middle turbinates).*

Cette communication a trait à deux cas; le principal symptôme dont se plaignaient les malades (deux femmes) était de violents maux de tête. Les cornets hypertrophiés furent enlevés à l'anse froide; l'opération a amené une guérison complète.

M. Payson Clark. — **Kyste du larynx** *(Cyst of the larynx).*

La masse kystique était située sur le milieu de la corde vocale droite et sa consistance dure faisait plutôt penser à un fibrome. A la première tentative d'ablation, la pince glissa sur la surface de la tumeur sans la toucher; on l'enleva avec un couteau laryngé et il s'en échappa alors un liquide qui contenait des cellules épithéliales dégénérées et des leucocytes.

La dureté du kyste était due probablement à sa position profonde dans l'épaisseur de la corde vocale.

M. Jonathan Wright, discutant la première communication de P. Clark, dit qu'il doute fort que le cornet bulleux soit le résultat du développement d'un état embryonnaire sans aucun phénomène inflammatoire. Il a examiné plusieurs de ces masses et a trouvé à la face convexe des ostéoblastes et à la face concave des ostéoclastes. Les premiers sont des éléments formatifs de l'os, tandis que les seconds l'absorbent. Cette affection serait due à une activité inégale des deux classes de cellules situées sous la membrane basale de la muqueuse. Fait remarquable, ces cas s'observent surtout chez les femmes après la puberté.

M. A. B. Thraster (Cincinnati). — **Fibrome du larynx** *(Fibroma of the Larynx).*

Il s'agit d'une femme de cinquante-six ans qui se plaignait de dyspnée et d'enrouement. Ses antécédents héréditaires et

personnels n'offraient rien de particulier. Les parois postérieure et latérale du larynx étaient le siège d'une masse néoplasique qui refoulait en dedans les cordes vocales inférieures et rendait défectueux leurs mouvements d'abduction. L'examen microscopique d'un fragment de tumeur dénonça un fibrome.

On administra à la malade de l'iodure de potassium à doses successivement croissantes, mais au bout d'une semaine la malade examinée fut trouvée en plus mauvais état. Après une trachéotomie préliminaire, on ouvrit le larynx et l'on constata une hypertrophie du tissu sous-muqueux s'étendant jusqu'au cartilage. La tumeur qui paraissait formée simplement de tissu conjonctif a été enlevée avec des pinces, et la malade se rétablit promptement. La voix, quoique rude et enrouée, était maintenant nettement perceptible. L'auteur a trouvé dans la science deux cas analogues. Leur particularité consiste dans le vaste dépôt de tissu connectif.

M. C. C. Rice (New-York). — **Cas insolite de paralysie partielle des cordes vocales due à l'abus du téléphone** *(Singular exhibitions of partial paralysie of the vocal cordes due to ove-use of the telephone).*

L'auteur en décrit deux cas. Le premier était celui d'un homme de quarante-cinq ans, de tempérament nerveux et habitué à se servir d'un téléphone de pupitre, sa tête étant placée dans une position inclinée. Les cordes présentaient des signes de fatigue évidents dans les muscles thyro-aryténoïdiens et un manque de force de résistance dans les autres muscles extrinsèques, car les cordes tremblaient et les cartilages aryténoïdes se séparaient aussitôt après s'être rapprochés pour la phonation. On ordonna du repos en recommandant de ne plus se servir du téléphone que la tête droite, de façon à laisser toute leur liberté aux muscles cervicaux. La guérison n'a jamais été complète.

La second cas avait trait à un homme gros et point nerveux. Les mouvements d'adduction, dans la partie droite du larynx, étaient parfaits. Il y avait un certain degré de tension. On voyait incomplètement la corde, cachée qu'elle était par les

parties congestionnées. Du repos et une attitude convenable devant l'appareil ont amené une guérison complète.

M. DE BLOIS relate le cas d'un homme dont la tête était très penchée en avant à la suite d'une chute. Il en résulta une forte pression sur le muscles du cou et sa voix devint rauque, les cordes ne pouvant plus se rapprocher.

M. W. E. CASSELBERRY mentionne le cas d'un pasteur qui s'excitait d'habitude pendant ses sermons et présentait les mêmes phénomènes que les malades de M. Rice. Du repos et l'habitude d'une élocution plus tranquille améliorèrent beaucoup son état.

M. A. W. DE ROALDES (New-Orléans). — **Un cas d'épingle dans le larynx depuis deux. ans Extraction par la méthode endolaryngée** *(A case of a pin in the larynx for two years. Removal by endo-laryngeal methods).*

La malade était une jeune fille dans le larynx de laquelle on trouva une épingle qui avait été située à la partie postérieure de l'organe et avait transpercé la pointe de l'aryténoïde droit, sur son côté interne; la tête avait pénétré plus profondément sur le droit, juste au-dessus de la bande ventriculaire. On appliqua les pinces, l'index placé derrière le larynx pour le maintenir. Les pinces glissèrent, mais le doigt saisit l'épingle qui fut rejetée hors de la bouche.

Dans les cas où la tête de l'épingle est en bas, elle peut au commencement descendre un peu dans la trachée et remonter ensuite par l'effet de la toux de façon à engager la pointe. De plus, la tête de l'épingle empêchant sa migration, elle ne quitte pas sa place dans le tissu comme le ferait une aiguille. Les rayons de Röntgen pourraient souvent déterminer la position de l'épingle, quand il est impossible de le faire à l'aide du miroir.

Un autre point intéressant du même cas était un gonflement prononcé du cou dû probablement à une infection qui n'a pas abouti à la suppuration.

M. BRADEN KYLE (Philadelphie). — **Cas insolite d'un corps étranger migratoire** *(A pecular case of migratory foreign body).*

Il s'agit d'une femme qui prétendait éprouver continuelle-

ment la sensation d'un corps étranger se mouvant dans la tête. Elle souffrait de violentes névralgies dont le siège semblait être tantôt l'apophyse mastoïde, tantôt les régions ethmoïdale ou antrale. Un des derniers accès était accompagné d'un écoulement de matières purulentes par le nez, et cet écoulement contenait des fragments d'aiguille. Les symptômes persistant, on supposa qu'il devait y avoir un autre fragment quelque part dans les tissus; on pratiqua la radiographie qui montra une ligne noire dans le voisinage de l'antre, sans qu'il fût possible de dire si le corps était effectivement dans l'antre ou dans l'os formant une de ses parois. L'antre a été ouvert et soigneusement exploré à l'aide d'un fort éclairage, mais on n'y put rien trouver. Peu après un épulis se forma, qui en s'ouvrant donna issue à un autre fragment d'aiguille. Depuis cette époque tous les symptômes ont disparu.

M. S. W. Langmaid attire l'attention sur ce fait que les tentatives de déglutition modifient souvent la position des corps étrangers introduits dans les voies respiratoires supérieures.

M. W. K. Simpson recommande d'essayer des pinces ou tout autre instrument sur des objets semblables au corps étranger avant de procéder à son extraction. Il a trouvé que les pinces effilées conviennent beaucoup mieux à ces manipulations que les pinces émoussées.

M. B. Kyle dit que les rayons X ont occasionné une brûlure qui a fait beaucoup souffrir la malade. Il a remarqué que le temps de la pose avait été beaucoup moins long dans ce cas-ci que dans des poses antérieures, où il n'y a pas eu de brûlure.

Morris Murray (Washington). — **Injections trachéales dans le traitement de la tuberculose pulmonaire** *(Tracheal injections in the treatment of pulmonary tuberculosis).*

L'auteur fait un court historique de cette méthode thérapeutique et rapporte 13 cas personnels de tuberculose pulmonaire traités par ce procédé. Dans tous les cas il y avait eu une légère toux, mais dans tous aussi l'effet général sur la toux et l'expectoration a été des plus satisfaisants. M. Morris Muray n'a observé aucun spasme. La solution employée consistait dans un mélange d'huiles de thym et d'eucalyptus avec de l'huile d'olive.

L'observation a permis de constater que la toux et l'expectoration avaient diminué, la température avait baissé et l'état général était amélioré.

M. W. E. CASSELBERRY pense que les résultats bienfaisants de ce traitement ne s'appliquent qu'à l'élément bronchique de cette maladie; il n'a aucune confiance dans les effets de ce traitement sur l'état général dans le cours de la tuberculose pulmonaire. Cependant, il l'a vu modifier heureusement quelques-uns des symptômes dus à l'infection mixte que présente la tuberculose pulmonaire.

M. SOLIS COHEN fait observer que cette méthode de traitement n'est pas nouvelle; elle a été mise en pratique pour la première fois, il y a quarante ans. Elle présente son plus grand avantage dans les cas de bronchectasie.

M. JOHN O. ROE (Rochester). — **Correction des déviations de la cloison nasale** *(Correction of deviation of the nasal septum).*

La communication de l'auteur est l'exposé d'un procédé opératoire déjà antérieurement décrit par lui et qui consiste à fracturer la cloison à l'aide d'une pince fenêtrée broyante. Sur toutes les déviations 5 o/o impliquaient la partie postérieure de la cloison osseuse, 25 o/o la partie antérieure cartilagineuse et 65 à 70 o/o le point d'union du cartilage à l'os. Pour les déviations antérieures il préconise une incision horizontale et une incision oblique formant un angle plus ou moins grand avec la première. Grâce à ce procédé, les fragments glissent plus facilement les uns sur les autres.

M. J. C. BOYLAN. — **Chirurgie des cornets par une nouvelle méthode opératoire** *(Surgery of the turbinal bodies, with a new method of operating).*

L'auteur préconise l'ablation d'une grande partie des cornets, lorsque l'obstruction est due à des altérations hyperplasiques. L'obstruction tend à se localiser aux deux extrémités du cornet.

L'obstruction postérieure est rarement de nature hyperplasique. Il obtient de cette façon des résultats beaucoup meilleurs qu'avec le cautère.

M. W.-F. CHAPPELL. — **Hémorragie par abcès péri-amygdalien** *(Hemorrhage from a peritonsillar abscess).*

Le malade, âgé de vingt-sept ans, a eu à différentes reprises des abcès des amygdales dont le plus récent avait été ouvert par une incision à travers le pilier postérieur. Une demi-once de pus a été évacuée. Cinq jours plus tard le malade eut une violente hémorragie. Les urines contenaient de l'albumine et des cylindres. L'hémorragie se renouvela et la cavité de l'abcès se remplit de caillots. On pratiqua une incision par le pilier antérieur, et la cavité a été lavée et pansée une fois par jour pendant dix jours. Au bout de ce temps le malade était guéri.

Plus tard, il eut une attaque de rhumatisme sans complications cardiaques. L'état des reins n'avait pas changé lors du dernier examen. Quand on découvrait la cavité pour la laver, on pouvait voir l'artère pharyngée ascendante, mais il n'existait aucune trace d'ulcération.

M. Chappell a recueilli dans la science 10 cas analogues. Dans tous ces cas, l'abcès s'était ouvert spontanément, et dans aucun d'eux il n'y eut d'hémorragie immédiate. Sur les 10 cas, 8 eurent une terminaison fatale; dans les 2 autres, la carotide avait été ligaturée. La conclusion qu'impose cette statistique est qu'il faut opérer sans tarder.

Au cours de la session, un certain nombre d'autres communications ont été faites :

Accès d'asthme provoqués par l'irritation du larynx, par le Dr W. L. GLASGOW, de Saint-Louis.

Hémorragies graves à la suite d'opérations dans la gorge et dans le nez. Relation de 5 cas, par le Dr O. A. BLISS, de Philadelphie.

Angiome kystique du nez. Examen histologique et recherches chimico-physiologiques, par le Dr H. L. WAGNER, de San-Francisco.

Kystes dermoïdes du nez, par le Dr H.-E. BIRKETT, de Montréal.

TRIVAS.

BIBLIOGRAPHIE

Histoire des maladies du pharynx (période gréco-romaine et byzantine et période arabe).

Dans cette intéressante publication, précédée d'une préface de M. R. Du Castel, l'auteur nous initie d'abord aux études des maladies de la gorge faites dans la période gréco-romaine et byzantine. Il nous montre successivement la manière dont les prédécesseurs d'Hippocrate, et ce dernier jusqu'à Celse, comprenaient les angines et les traitements qu'ils recommandaient d'opposer aux inflammations de l'arrière-gorge. Chemin faisant, il passe en revue les doctrines des méthodistes sur le resserrement des pores et l'importance qu'il fallait attribuer à la marche des différentes affections de cette région.

Avec Arétée, nous trouvons des descriptions concernant les maladies de la luette, les ulcères de la gorge; cet auteur paraît avoir étudié les aphtes, le muguet, la stomatite ulcéro-membraneuse et peut-être même le noma, lorsqu'il parle des eschares entourées d'un halo rougeâtre.

Avec Galien commence la distinction entre l'angine et la laryngite, au moyen de la physiologie, puis la théorie des humeurs, les complications broncho-pulmonaires, susceptibles d'être observées au cours de toutes les infections spéciales.

Dans la période byzantine, nous voyons apparaître l'application des vomitifs, des ventouses et des cataplasmes, pour combattre les inflammations tonsillaires et même les enrouements. Avec Paul d'Egine, les incisions des abcès amygdaliens et la trachéotomie. Déjà, à cette époque, la thérapeutique est devenue plus importante, le régime général, les topiques pharyngiens, gargarismes, astringents, collutoires, etc.; les fumigations, les fomentations, ainsi que les sudorifiques, les diurétiques, et les moyens chirurgicaux commencent à être mis en usage d'une façon méthodique.

Dans la période arabe, il faut remarquer la description des polypes naso-pharyngiens par Albucasis. Nous arriverons ainsi jusqu'à Hippocrate, où le diagnostic des différentes affections de la gorge commence à être étayé sur des bases anatomo-

pathologiques plus sérieuses et où la médication devient également plus compliquée. La thérapeutique est à partir de cette période, extrêmement variable, elle est aussi bien médicale que chirurgicale. Un long formulaire de cette thérapeutique ancienne intéressera tout particulièrement ceux des praticiens qui voudront bien parcourir ces importantes recherches rétrospectives. Ainsi que l'a dit le Dr Du Castel dans sa préface, on verra combien nos devanciers, malgré des procédés d'observation bien primitifs, sont arrivés à établir, pour ainsi dire, d'une façon définitive, certaines parties de cette pathologie de l'arrière-gorge. Aussi pouvons-nous conclure avec lui que si la théorie fait plaisir à l'esprit, l'observation seule permet au médecin de faire des conquêtes durables. Il faut donc féliciter M. Chauveau de s'être donné la peine de traduire et réunir dans un même volume l'œuvre entière de nos devanciers, en ce qui concerne les maladies du pharynx et de l'arrière-gorge. (Paris, J.-B. Baillière et fils, éditeurs.)

REVUE GÉNÉRALE ET ANALYSES

BOUCHE ET PHARYNX BUCCAL

Le gargarisme comme moyen thérapeutique, par le Dr H. LAVRAND.

A la suite de ses expériences, le Dr Sänger, dans un travail récent (*Münch. med. Wochens.*, 1899), concluait que « dans l'immense majorité des cas le liquide du gargarisme ne parvient pas jusqu'aux amygdales, et qu'il convient par conséquent de remplacer, dans les angines, le gargarisme par des attouchements directs ». M. Lavrand n'a pas voulu accepter sans contrôle cette condamnation du gargarisme comme agent thérapeutique; il a repris les expériences de M. Sänger, consistant à badigeonner le pharynx, soit avec des substances colorantes, soit avec des réactifs qui, par leur action sur le liquide du gargarisme, doivent indiquer s'il a pénétré réellement dans le pharynx. Comme M. Sänger, il constate que le liquide du gargarisme est rejeté le plus souvent intact; mais, au lieu d'en

conclure que le liquide n'a pas atteint l'isthme du gosier, il démontre que ce fait est dû à ce que les réactions chimiques et la diffusion des matières colorantes se font peu ou pas dans la salive alcaline ou même acidifiée faiblement; c'est là une cause d'erreur que M. Sänger n'a pas su éviter. Bien interprétée, l'expérimentation, comme la clinique, montre que le gargarisme peut déterger non seulement les amygdales, mais la paroi postérieure du pharynx, et même le ventricule laryngien. Mais encore faut-il que le malade apprenne à se gargariser, et il ne le peut faire qu'avec les conseils du médecin. M. Lavrand préconise le procédé suivant: « On prend une faible gorgée de liquide, parce que la gorge la tolère mieux; la tête est renversée fortement en arrière jusqu'à devenir presque verticale; les mâchoires sont écartées au maximum afin d'éloigner la langue du palais et aussi afin de rendre la déglutition plus difficile sinon impossible grâce à l'abaissement du maxillaire inférieur; enfin le sujet essaiera un mouvement de déglutition ou plus simplement émettra le son *ha !* le plus guttural possible; le liquide sera rejeté avant que les arcades dentaires se rapprochent. »

Par ce procédé, on réussit toujours; soit d'emblée, soit au bout de peu de temps, à baigner le pharynx.

L'auteur termine en énumérant rapidement les avantages du gargarisme: agissant par sa composition médicamenteuse et par sa température, il exerce encore un massage de la musculature de la gorge, il modifie puissamment la circulation de la muqueuse et constitue ainsi un moyen thérapeutique que rien ne saurait remplacer. (*Journ. des sciences méd. de Lille,* 30 mars 1901.)

Dr E. LAFARELLE.

Nécrose de l'os incisif, par le Dr LEBEDINSKI.

La nécrose de l'os incisif est une affection fréquente, mais peu étudiée. L'auteur en a trouvé à peine deux indications dans la littérature médicale. Aussi croit-il intéressant et utile de communiquer les deux cas qu'il a eu l'occasion d'observer: dans le premier cas, la nécrose était consécutive à une gomme de la lèvre supérieure; chez l'autre, à une gomme de la voûte palatine.

Chez l'un et l'autre malade la syphilis ayant été latente pendant huit ans, se réveilla pour attaquer la région de l'os incisif seule. L'auteur se demande et avoue ne pouvoir donner la raison de ce fait; mais si cette prédilection est difficile à expliquer, l'anatomie et l'embryologie nous permettent de comprendre, en revanche, qu'un processus pathologique puisse se limiter à l'os incisif, ou à une moitié, ou même à un quart de cet os. (*Rev. de stomatol.*, juillet 1900.)

Dr E. LAFARELLE.

LARYNX ET TRACHÉE

Clou fixé dans la bronche droite depuis deux mois; diagnostic par la radiographie; ablation avec l'électro-aimant; guérison, par le Dr J. GAREL, médecin des hôpitaux de Lyon (en collaboration avec le Dr P. GOULLIOUD, chirurgien en chef de l'hôpital Saint-Joseph).

Sous ce titre, l'auteur rapporte un cas des plus intéressants de corps étrangers des voies aériennes.

Il s'agit d'un petit garçon de dix-huit mois, qui avait avalé un grand clou de fer de 4 centimètres de longueur environ. Après un violent accès de suffocation, les troubles respiratoires disparurent complètement; aussi le premier médecin consulté pensa-t-il que le clou avait pénétré dans les voies digestives. Cependant l'enfant se mit à tousser et son état général commença à décliner. C'est dans ces conditions que, deux mois après l'accident, M. Garel eut à l'examiner. Il fit faire aussitôt une radiographie qui montra un long clou enclavé obliquement dans le thorax, dans la direction de la bronche droite, la pointe en bas, la tête en haut.

La trachéotomie est alors pratiquée.

Les lèvres de la plaie trachéale étant maintenues écartées, on approche de l'ouverture béante la pointe d'un fort électro-aimant; avant même qu'on l'ait introduite dans l'orifice, le clou s'élance brusquement des profondeurs de la poitrine et vient se coller à la pointe de l'électro-aimant.

La canule fut laissée en place pendant les quatre premiers jours, et l'enfant guérit au bout d'un mois.

Cette observation fait voir le parti que l'on peut tirer de l'application de l'électro-aimant quand il s'agit d'un objet

métallique de fer ou d'acier; l'extraction en est rendue des plus faciles et le traumatisme opératoire se trouve réduit au minimum, ce qui augmente d'autant les chances de guérison.

Elle prouve aussi une fois de plus l'utilité de la radiographie, dont les services ne se comptent plus. Cependant, M. Garel, se demandant ce qu'il fût advenu de ce cas avant la découverte de Röntgen, pense qu'avec la balance d'induction de Hughes, il eût été parfaitement possible de reconnaître la présence du corps étranger et même de préciser nettement sa situation.

N'eût-il pas été possible d'enlever le corps étranger sans faire la trachéotomie? L'auteur croit que la chose aurait pu au moins être tentée sans danger; le seul point épineux serait le passage au niveau des cordes vocales.

La méthode de Killian (bronchoscopie directe), qui consiste à éclairer directement, à l'aide d'un spéculum tubulé, la trachée et les bronches, rendrait bien facile l'extraction d'un corps étranger métallique avec l'électro-aimant. Mais l'auteur croit cette méthode d'un emploi bien difficile et, par conséquent, peu pratique.

En somme, M. Garel croit qu'en présence d'un corps étranger des bronches, il n'y a pas de règle absolue, et que la conduite doit varier suivant les différents cas. Il considère comme dangereux les vomitifs et les excitations à l'éternuement; il pense qu'on ne doit renverser ou ébranler le corps du malade que lorsque la trachée a été ouverte. Toutefois, la trachéotomie ne s'impose pas invariablement; elle ne devra être pratiquée que s'il survient des menaces de suffocation, ou plus tard, s'il se produit du côté des poumons des phénomènes inflammatoires.

La trachéotomie faite, si l'accident est récent, et si le corps étranger a été aussitôt éliminé, il est inutile de laisser la trachée ouverte. On placera, au contraire, une canule à demeure, bien que le corps étranger ait été rejeté, si le cas est ancien ou s'il existe des phénomènes inflammatoires broncho-pulmonaires. A plus forte raison, cette conduite s'impose-t-elle si le corps étranger n'est pas sorti aussitôt après la trachéotomie. (Extr. du *Lyon méd.*, n° 1, 1901.) Dr E Lafarelle.

OREILLES

Un cas de méningite otitique guérie *(Ueber einen geheilten Fall von otogener Meningitis)*, par le Dr BERTELSMANN.

Le malade a été traité pendant trois semaines par un otologiste, pour une otite moyenne aiguë avec furonculose du conduit auditif. A la suite d'une intervention pratiquée par le médecin, il s'écoula du pus par l'oreille et le malade s'était senti soulagé. Trois jours avant son entrée à l'hôpital, il éprouva des douleurs extrêmement violentes dans les régions frontale et temporale droites. Il a eu depuis plusieurs frissons, il éprouve une sensation de vertige. Depuis vingt-quatre heures il a la nuque raide et ressent une courbature dans tous les membres. Il n'a pas eu de vomissements. Le conduit auditif droit est très tuméfié; il y a du pus au fond, la membrane du tympan n'est pas visible. Pas de douleur à la pression au niveau de la mastoïde, rien sur le trajet de la jugulaire. La percussion de la tête ne détermine pas de douleurs. Le malade est en pleine connaissance et répond d'une façon assez correcte aux questions qu'on lui pose. Pupilles égales, peu dilatées, réagissent rapidement. Pas de troubles du côté des muscles de l'œil, fond de l'œil normal. Réflexes conservés, mais changeant rapidement d'intensité. Raideur de la nuque, de la colonne vertébrale; abdomen déformé; hyperesthésie de la peau. Température 39°9; pouls au-dessus de 100, régulier; respiration calme, langue un peu sèche.

Le diagnostic avait hésité entre un abcès extra-dural et une lepto-méningite circonscrite; la coexistence des deux complications n'avait d'ailleurs rien d'impossible. L'intégrité des facultés intellectuelles et l'état normal du fond de l'oreille faisaient croire que l'infection devait être circonscrite.

Comme l'apophyse mastoïde paraissait peu atteinte, on ouvrit la caisse par le procédé de Stacke, dans l'espoir d'y découvrir la voie qu'avait suivie l'infection. La caisse était remplie de pus, mais ne fournit aucune indication sur le mode de propagation de l'infection. L'auteur résolut alors de créer un lambeau ostéo-cutané, pédiculé en arrière, et dont le bord inférieur se dirigeât du bord supérieur de la pyramide en bas, en rasant l'occipital, tandis que son bord supérieur, parallèle

au premier, devait se trouver à une distance de 3 centimètres et demi de celùi-ci. En avant, le lambeau devait s'arrêter à deux doigts de distance du conduit auditif et, en arrière, à une distance égale de la protubérance occipitale. L'auteur espérait ainsi rendre accessible à l'inspection les fosses craniennes postérieure et médiane. Mais, à peine eut-il trépané le bord inférieur du lambeau et entamé la partie antérieure du supérieur, qu'il vit sourdre du pus. Il forma alors de la partie antérieure du grand lambeau projeté un autre plus petit, et, après avoir rabattu celui-ci, il constata qu'il s'agissait d'un abcès extra-dural qui renfermait une bonne cuillerée à soupe de pus et était situé au-dessus du tegmen-tympani. Ce dernier, ainsi qu'une grande partie de la pyramide, durent être enlevés et l'apophyse mastoïde, qui était remplie de pus, fut nettoyée. L'oreille moyenne et le reste évidé de l'apophyse mastoïde et de la pyramide ne formaient plus dès lors qu'une seule cavité. La dure-mère présentait, sur une étendue des dimensions d'une pièce de cinq francs, une coloration noir verdâtre et ne présentait pas de pulsations au début. Ces dernières reparurent plus tard. L'auteur renonça pour le moment à l'incision de la dure-mère, se réservant d'examiner le liquide fourni par la ponction lombaire et aussi parce qu'il croyait trouver dans l'existence de l'abcès extra-dural une explication suffisante des phénomènes méningitiques. La ponction lombaire avait été pratiquée pendant la narcose. Elle fournit un liquide trouble qui déposait des leucocytes en abondance et renfermait des diplocoques extra-cellulaires peu nombreux. La pression a été de 250 millimètres après l'écoulement de 5 centimètres cubes.

On n'a pas fait d'essais de culture, car le malade était considéré comme perdu. Il guérit cependant et continue actuellement ses occupations. Il ne lui reste qu'une paralysie de la partie supérieure du facial. (*Deuts. med. Wochens.*, n° 18, 1901.)

Dr JANKELEVITCH.

Pyohémie d'origine otique, par le Dr VINCE, de Bruxelles.

L'auteur relate l'observation d'un enfant de huit ans, atteint d'otite suppurée double, plus intense à gauche qu'à droite, chez qui, en présence de phénomènes infectieux graves, on

pratiqua la trépanation de l'apophyse mastoïde à gauche; on fut surpris du peu d'étendue des lésions et, soupçonnant une thrombose du sinus, on mit celui-ci à nu sans pouvoir y découvrir une lésion. Les accidents fébriles persistèrent après l'opération, et le tableau clinique devint celui de la pyohémie. Un phlegmon péri-vertébral détermina une paralysie vésico-rectale et une rétention d'urine avec une telle distension de la vessie, qu'elle fut prise pour de l'ascite; la laparotomie fut pratiquée et fit reconnaître l'erreur. Puis se succédèrent : une arthrite coxo-fémorale suppurée double, un abcès péri-malléolaire droit, un phlegmon non suppuré du poignet et du genou gauches. Malgré l'intensité de l'infection, la longue durée et les péripéties de leur évolution, les accidents pyohémiques finirent par disparaître, et le petit malade guérit. Ce fait confirme, dit l'auteur, ce que l'on sait de la bénignité des accidents pyohémiques limités au système aortique. (*Ann. de la Soc. belge de chir.*, décembre 1900, n° 10.)

Dr E. LAFARELLE.

VARIA

Autoplastie frontale, par le Dr A. DEPAGE, de Bruxelles.

A propos d'une malade atteinte d'un vaste *ulcus rodens* du front, et qu'il a heureusement guérie, l'auteur conseille le procédé suivant pour combler la perte de substance consécutive à la rhinoplastie par la méthode indienne : On taille de chaque côté du front un lambeau cutané, à base inférieure, se limitant par une incision courbe partant des angles supérieurs de la plaie et se perdant en dehors dans les cheveux; en réunissant sur la ligne médiane ces lambeaux préalablement décollés, on obtient, en dehors de chacun d'eux, une plaie relativement étroite qui cicatrise par bourgeonnement, et, sur la ligne médiane, une cicatrice linéaire à peine visible. Ce procédé, qui a donné à l'auteur d'excellents résultats, paraît préférable à la greffe de Thiersch. (*Ann. de la Soc. belge de chir.*, décembre 1900, n° 10.)

Dr E. LAFARELLE.

Les sons-voyelles en fonction du temps, par le Dr Gellé.

L'auteur a étudié les sons-voyelles dans leurs successions dans le langage, d'après les graphiques du phonographe et au moyen du métronome; le temps et le procédé de l'émission jouent un grand rôle dans la formation des voyelles successives, qui peuvent tantôt être assez distantes pour que le tracé marque un vide entre les deux sons, tantôt donnent des tracés qui se touchent ou même enjambent l'un sur l'autre par suite de la rapidité de succession des deux sons; les sons deviennent confus, d'ailleurs, quand les intervalles entre les renforcements sont moindres d'un trentième de seconde.

Les sons-voyelles se comportent comme les sons musicaux; mais ce sont des signes, des sons conventionnels, et leur connaissance prend, sans doute, un temps qui s'ajoute à celui du phénomène moteur pour rendre l'audition peut-être un peu plus lente; les voyelles exigent des intervalles un peu plus longs pour qu'elles restent distinctes et qu'elles conservent leur signification précise. (*Tribune méd.*, 6 février 1901.)

Dr E. Lafarelle.

Deux goitres cancéreux, par M. M. Patel, de Lyon.

Sous ce titre, l'auteur publie deux nouveaux cas de cancer épithélial du corps thyroïde ayant évolué d'une façon subaiguë chez deux femmes déjà porteurs de tumeurs goitreuses, latentes jusque-là, mais déjà anciennes.

Le premier a trait à une femme de cinquante-quatre ans, dont le goitre prit subitement un plus grand développement trois ans après la ménopause. La mort survint six mois après, sans que l'état général fût beaucoup altéré : il y avait eu, pendant la vie, un léger degré de basedowisme.

L'évolution se fit en sept mois chez la seconde malade : le cou ne mesura pas moins de 81 centimètres de circonférence, et il n'y eut pas, à proprement parler, d'amaigrissement.

A propos de ces deux observations, l'auteur indique comment on peut faire le diagnostic du cancer thyroïdien chez un ancien goitreux. Il insiste sur l'évolution rapide de cette complication, la persistance d'un état général excellent. Pour admettre cette anomalie, il pense avec Carrel qu'il est possible

de considérer ce phénomène particulier comme une intoxication due aux modifications de la sécrétion glandulaire, comme un phénomène de dysthyroïdation. (*Gaz. des hôpit.*, nº 42, 9 et 11 avril 1901.) Dr BRINDEL.

Le nerf accessoire de Willis dans ses connexions avec le nerf pneumogastrique, par MM. VAN GEHUCHTEN, correspondant, et A. BOCHENCK, assistant à l'Université de Cracovie.

On est loin d'être d'accord sur la part que le nerf accessoire de Willis prend à l'innervation des organes placés sous la dépendance du nerf pneumo-gastrique. Dans le but d'élucider ce problème, MM. Van Gehuchten et Bochenck ont sectionné le nerf de Willis dans la cavité rachidienne, au-dessus de ses filets bulbaires, chez quatre lapins qu'ils ont laissés survivre trois semaines, et ils ont recherché dans les diverses branches du pneumogastrique les fibres en dégénérescence wallérienne : toutes ces fibres dégénérées se rendaient au nerf laryngé supérieur. Les auteurs concluent que le nerf de Willis abandonne au nerf pneumogastrique des fibres motrices destinées uniquement à l'innervation de certains muscles du larynx. (*Presse méd. belge*, 31 mars 1901.) Dr E. LAFARELLE.

Un sou dans l'œsophage, radioscopie, par H. LAVRAND.

L'auteur rapporte l'observation d'un enfant de quatre ans ayant avalé une pièce d'un sou. Avec la radioscopie, on voit ce sou placé transversalement au niveau du premier rétrécissement de l'œsophage.

Après deux tentatives d'extraction avec la pince, on ne trouve plus rien. L'œsophage est de nouveau radioscopé, et on constate que le conduit est libre dans toute son étendue.

En effet, deux jours après, le sou est retrouvé dans les selles.

Ainsi donc, avec la radioscopie, on n'est plus exposé comme autrefois à ouvrir un œsophage, voire même un estomac où il n'y a pas de corps étranger, ni même plus simplement à faire des recherches inutiles, sinon pleines d'inconvénients. (*Journ. des sciences méd. de Lille*, avril 1901.) Dr G. DUPOND.

Bordeaux. — Impr. G. GOUNOUILHOU, rue Guiraude, 11.

22e ANNÉE. N° 33. 17 AOUT 1901.

REVUE HEBDOMADAIRE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

DE L'ÉTAT DE L'OREILLE MOYENNE
DANS LES FISSURES CONGÉNITALES DU PALAIS[1]

Par le Dr M. LANNOIS,
Agrégé, médecin des hôpitaux de Lyon.

J'ai eu l'occasion d'examiner dernièrement plusieurs malades qui étaient venus me consulter pour leurs oreilles plus ou moins malades et chez lesquels l'examen habituel du nez et du pharynx m'a permis de découvrir de larges fissures palatines. Bien que la relation entre ces lésions congénitales et les affections de l'oreille soit déjà connue, les observations en sont cependant assez rares pour que j'aie cru pouvoir publier les cinq cas observés par moi. D'autant plus que la diversité des lésions trouvées du côté de l'appareil auditif permet d'indiquer les conditions multiples qui peuvent se rencontrer à l'origine des complications auriculaires de la gueule-de-loup. Voici d'abord ces observations :

OBSERVATION I. — M. Louis X..., âgé de seize ans, a eu des douleurs d'oreille et de la surdité passagère à plusieurs reprises, vers l'âge de six à huit ans. Mais il n'aurait jamais eu de suppuration. Il y a environ dix-huit mois qu'il se sent sourd à gauche et qu'il est gêné en classe. Il n'a ni bourdonnements ni vertiges.

1. Travail communiqué à la Société française de laryngologie, mai 1901.

Il est porteur d'une fissure palatine bilatérale complète et présente sur la lèvre supérieure la trace d'une double suture ; il avait, en venant au monde, l'aspect typique de la gueule-de-loup. Il ne porte pas d'appareil, et les parents ne se sont pas encore décidés à lui faire subir une autoplastie (celle-ci a été pratiquée depuis l'opération). La fente osseuse est, d'ailleurs, très large ; les deux moitiés du voile du palais se voient très bien avec, de chaque côté, un petit tubercule qui représente la luette.

Dans les fosses nasales, les cornets sont atrophiés des deux côtés, et on est surtout frappé de l'aspect bleu, asphyxique, de la muqueuse. Il y a peu de mucosités dans le nez, pas de croûtes. Celles-ci existent, au contraire, sous formes de petits amas noirs, disséminés sur toute la muqueuse du cavum et la paroi postérieure du pharynx, nettement atrophiée. On voit bien les orifices des trompes qui ne présentent rien d'anormal.

A l'examen des oreilles, épaississement diffus du tympan droit, plus marqué en arrière et en bas, rétraction du manche, persistance d'un petit reflet lumineux. A gauche, les lésions sont plus marquées ; la membrane, plus épaissie, sans triangle, présente une anomalie rare : le manche du marteau paraît double. La courte apophyse est à sa place, unique, et l'on voit partir d'elle deux manches qui sont à peu près égaux, le postérieur étant sur un plan plus externe que l'antérieur. Rien d'anormal dans les conduits.

L'audition est abaissée pour la parole et pour la montre : à droite montre $= \frac{20}{80}$ et à gauche $\frac{5}{80}$. Le Weber est gauche. Rinne + des deux côtés.

Le malade est très facile à cathétériser par la bouche. Un traitement suivi pendant trois mois amena une amélioration légère à droite, plus marquée à gauche, où montre $= \frac{18}{80}$; mais l'année suivante, il revint avec la même surdité que précédemment.

Obs. II. — M. Paul X..., âgé de cinquante-deux ans, vient me voir parce que depuis huit jours il a un abaissement brusque de l'audition. Mais il est facile d'apprendre que ses oreilles ont un passé pathologique très chargé. Dès l'enfance, il a eu des suppurations des deux oreilles et on lui a toujours dit que son tympan gauche avait disparu depuis longtemps.

Les poussées aiguës sur les oreilles ont été très fréquentes toute sa vie, et, il y a vingt ans notamment, il eut une otite moyenne suppurée d'assez longue durée, soignée par le Dr Ladreit de la

Charrière. Il s'est fait traiter à plusieurs reprises par le Dr Joly qui l'a cathétérisé.

L'oreille droite présente une large dépression cicatricielle, qui occupe les deux tiers supérieurs du segment postérieur; reflets multiples en avant. A gauche, le tympan n'est pas détruit; il présente seulement une perforation circulaire en bas et en avant, qui occupe environ un tiers du tympan.

L'audition est très abaissée. A droite, il n'entend la montre qu'à 2 centimètres; à gauche, au contact osseux fort. Mauvaise conduction osseuse; pas de Weber. Bourdonnements constants à droite, légers vertiges fréquents.

Le malade présente une gueule-de-loup bilatérale, qui n'a été opérée qu'au niveau des lèvres; on voit bien le massif osseux formé par les intermaxillaires; la fente n'est pas très large à la partie antérieure où les apophyses horizontales des maxillaires sont en partie conservées. L'ouverture est beaucoup plus large à la partie postérieure. Le malade porte un appareil obturateur du Dr Cl. Martin.

Les fosses nasales ne présentent pas d'atrophie marquée des cornets : ceux-ci sont d'un rouge vif, ce qui tient, sans doute, à la poussée inflammatoire récente; ils sont recouverts de mucosités épaisses et de croûtes verdâtres, qui se continuent sur les orifices des trompes et sur le cavum, donnant une odeur fade désagréable. Pharyngite sèche, avec granulations et nombreux dépôts muqueux à demi desséchés.

Le cathétérisme fait à droite soulage le malade; l'audition pour la montre remonte à 8 centimètres. Il y a manifestement de l'obstruction tubaire et vraisemblablement un peu de liquide catarrhal dans la caisse. Le malade refuse la paracentèse. Après trois ou quatre cathétérismes, il revint à son audition habituelle. Un tympan artificiel fut placé à gauche et améliora nettement l'audition, mais ramena un peu de suintement et ne put être maintenu.

Dix-huit mois plus tard, à la suite d'une grippe, il revint à nouveau pour des douleurs dans l'oreille droite, accompagnées d'un léger suintement; mais, au moment où je le vis, huit jours après le début, il n'y avait pas de perforation au niveau de la cicatrice.

Le malade est mort depuis.

Obs. III. — M. B. R..., âgé de treize ans, est porteur d'une fissure palatine unilatérale droite, avec bec-de-lièvre opéré. La fissure palatine n'a pas été opérée, et il porte un appareil du Dr Cl. Martin. Les parents trouvent qu'il a de l'odeur du nez. La

muqueuse des fosses nasales est atone, pâle et violacée, présente des mucosités et des croûtes peu épaisses et se détachant assez facilement. Pharyngite chronique avec granulations. Trompes bien visibles.

Jamais il n'a bien entendu et il a de la peine à suivre les cours de sa pension. Les parents disent qu'ils n'ont jamais vu les oreilles couler, et, malgré cela, l'oreille droite, très fortement sclérosée, avec brides fibreuses, présente en arrière une dépression qui paraît cicatricielle, et l'oreille gauche offre une large perforation qui occupe la majeure partie du segment postérieur.

L'enfant dit qu'il a depuis très longtemps un bruit dans l'oreille gauche: c'est une sorte de battement. Il a eu plusieurs fois de légers vertiges; il en a eu deux plus forts il y a huit jours; l'un en classe, l'autre en récréation. En même temps il a eu une diminution marquée de l'audition, et c'est pour cela qu'on me l'amène.

Il n'entend la montre qu'à 2 centimètres à droite, qu'au contact osseux à gauche. Pas de Weber. Rinne —.

Le cathétérisme pratiqué par la bouche, des lavages antiseptiques du nez et de la gorge, le traitement à l'acide borique de l'oreille gauche, donnèrent une amélioration évidente; la perforation se ferma complètement à gauche. Au bout de trois mois, il entendait la montre, à droite = 30 à 35 centimètres, à gauche = 15 centimètres.

Obs. IV. — M. C..., vingt-deux ans, vient consulter pour sa gorge. Il prétend n'avoir jamais rien eu aux oreilles, mais on constate des deux côtés des traces d'anciennes otites suppurées.

A droite, le manche est tiré en avant, et il n'y a pas de triangle; cicatrice dans le segment postérieur, ovale, allongée verticalement. Un reflet sur le point aminci, un autre en arrière, près du rebord tympanal.

A gauche, cicatrice circulaire en bas et en avant du manche, qui est très fortement rétracté, et dont la courte apophyse fait une forte saillie. Reflet lumineux au fond de la dépression cicatricielle.

Il ne se plaint pas de ses oreilles, n'a ni bourdonnements ni vertiges. Son audition est un peu abaissée, mais il n'en est pas gêné. O. D. = 45, et O. G. = 40 pour la montre.

Fissure palatine unilatérale gauche. La lèvre a été opérée, mais on n'a jamais rien fait pour le palais. Il est gêné par de grosses croûtes adhérentes, qui s'attachent sur le pharynx et le cavum, et qu'il ne peut détacher que par des grattages qui le font saigner et irritent la gorge. Nombreuses granulations pharyngées. Il y a égale-

ment des croûtes dans les fosses nasales : les cornets sont atrophiés et frappent surtout par leur aspect bleu et asphyxique. Le rebord postérieur de la trompe est très épaissi et forme un bourrelet de volume anormal. Il y a, d'ailleurs, au niveau des deux trompes et dans la fossette de Rosenmuller un épaississement généralisé de la muqueuse, avec des replis et des saillies, et c'est dans une de ces dépressions qu'on trouve l'orifice de la trompe comme un fin pertuis. La trompe est d'ailleurs perméable au cathétérisme, qui se fait facilement par la bouche.

Ce malade n'a pas été revu.

Obs. V. — M. Robert X..., dix-huit ans, est le fils d'un dégénéré déséquilibré. Je soigne une de ses sœurs, plus jeune, pour de la rhino-pharyngite avec obstruction des trompes, surdité marquée, etc. Il me consulte parce que de temps à autre il s'aperçoit qu'il n'entend pas bien les cours du lycée et fait répéter. Dans ces moments, les oreilles bourdonnent légèrement, et il a la sensation d'un corps étranger dans les conduits.

Il me dit avoir subi une opération dans la bouche il y a trois ans (Broca), et je constate, en effet, qu'il a été opéré pour une fissure du palais et du voile. Il y a eu participation de la lèvre, qui présente seulement une ébauche de fissure opérée à l'âge de trois semaines. Voix nasonnée.

L'examen de l'oreille montre des tympans à peu près semblables des deux côtés : ils présentent un début de sclérose avec pli postérieur et épaississement dans le quadrant postéro-inférieur surtout à gauche. L'audition est moyenne en ce moment : O. D. = 4o = O. G., et il n'a pas de bourdonnements.

Le malade partit peu après pour Paris, il ne put être suivi, mais j'ai su par sa mère qu'il continuait à avoir des abaissements passagers de l'audition qui sont inquiétants pour l'avenir [1].

On sait que les chirurgiens divisent les fissures congénitales du palais en deux variétés : les fissures palatines unila-

1. Depuis la réunion de la Société française, on m'a amené une enfant de douze ans. Comme elle parle mal, elle a une institutrice spéciale, et celle-ci a insisté pour que l'enfant me fût montrée parce qu'elle n'entend pas suffisamment. Cette enfant parle mal parce qu'elle a eu une division du voile du palais qui a été opérée; on sent facilement avec le doigt que la division se continuait sur le palais osseux. Rhinite atrophique sans ozène, mais avec sécrétions abondantes. Otite moyenne catarrhale avec épaississement diffus du tympan; audition un peu abaissée.

térales, dans lesquelles la ligne de division passe entre le maxillaire supérieur et l'intermaxillaire interne, et les fissures bilatérales, sans admettre l'existence de fissures médianes. Mais, au point de vue spécial qui nous occupe, cela est sans importance; mes malades appartenaient à l'une et l'autre catégorie.

La première raison que l'on puisse invoquer pour expliquer les troubles auditifs et les lésions dans ces cas, c'est l'existence de malformation de l'oreille existant concurremment avec la malformation de la voûte buccale. Ma première observation en est un bel exemple. J'ai trouvé, en effet, dans l'oreille gauche, une malformation que je n'avais jamais vue auparavant et qui ne me paraît pas avoir été signalée; je l'ai décrite dans l'observation comme un marteau présentant un double manche. On aurait pu penser à une anomalie plus fréquente, la coalescence de la longue branche de l'enclume avec le marteau; mais, en dehors de la constatation 'morgagnique, il est difficile de se prononcer. Cependant le fait que le manche postérieur était sur un plan plus externe est contraire à la deuxième hypothèse. On peut, d'ailleurs, facilement comprendre qu'au moment de la division du cartilage primitif en trois parties qui donneront ultérieurement l'enclume, le marteau et la portion antérieure du cartilage de Meckel, il puisse se produire, entre l'enclume et le marteau, un segment anormal, qui deviendra ensuite osseux et produira la figure que nous avons observée. Rose a considéré cette hypothèse comme la plus probable dans le cas d'osselet surnuméraire qu'il a publié. Tomka[1] la discute pour son cas, et s'il ne l'accepte pas dans l'espèce, c'est seulement en raison du siège de l'os surnuméraire.

L'anomalie peut porter sur l'orifice pharyngien de la trompe. Chez mon quatrième malade, l'orifice tubaire était réduit à un fin pertuis difficile à découvrir et dans lequel entrait

1. Tomka, *Archiv f. Ohrenheilk.*, 1895.

avec difficulté l'extrémité de la sonde d'Itard. Toutefois, à en juger par le bruit perçu à l'auscultation pendant le cathétérisme, l'atrésie ne devait porter que sur l'orifice et il n'y avait pas de rétrécissement du conduit lui-même. Un cas analogue de gueule-de-loup, avec atrésie de l'orifice pharyngien de la trompe, a été décrit par Gruber[1].

Ici l'anomalie nous paraît congénitale, mais elle peut être acquise. Les lésions du pharynx, comme nous allons le voir, sont de règle dans les fissures palatines. De plus, si le voile du palais est conservé, comme c'est l'habitude, sous forme de deux lambeaux mobiles, qui viennent s'accoler sur les parois latérales du pharynx, on conçoit que le fonctionnement de la trompe puisse en être considérablement gêné et que l'audition ait à en souffrir. La surdi-mutité acquise a été attribuée par Diffenbach, par Alt[2], à la coalescence de ces moitiés de voile du palais avec la paroi latérale du naso-pharynx, et à l'obstruction consécutive de la trompe. Dans le cas de Alt, une opération qui dégagea les trompes par le décollement des deux moitiés du voile rendit l'audition, et par suite la parole, à son petit sourd-muet.

Mais la cause la plus habituelle des lésions de l'oreille moyenne et des troubles auditifs qui en résultent réside presque uniquement dans le coryza chronique, qui est de règle dans les fissures palatines. La circulation est modifiée, ce qui se traduit par l'aspect blafard et asphyxique des cornets : ceux-ci sont atrophiés et les sécrétions glandulaires modifiées. Le nez et la bouche forment un cloaque unique : l'air froid, pénétrant trop brusquement dans le naso-pharynx agrandi, en irrite les parois. Celles-ci sécrètent des mucosités abondantes, qui tombent dans la bouche ou que l'on voit se dessécher sous formes de croûtes vertes ou noires sur la paroi postérieure, à l'orifice des trompes, etc., et dont le malade ne peut se débarrasser, faute d'un courant d'air

1. Gruber, *Lehrbuch der Ohrenheilk.*, Wien, 1888.
2. Alt, *Archiv f. Augen. und Ohrenheilk.*, t. VII.

expiratoire canalisé dans le naso-pharynx et les choanes absentes.

Dans de telles conditions, on conçoit aisément que l'oreille soit prise pour ainsi dire constamment, et il me paraît superflu d'insister sur le mécanisme de l'otite moyenne catarrhale avec ou sans épanchement, des poussées inflammatoires aiguës, des otorrhées récidivantes, des perforations et des destructions tympaniques, de l'otite moyenne sclérosante plus ou moins marquée, que j'ai constatées chez mes malades.

En résumé, chez les malades porteurs de fissures congénitales du palais, on observe très fréquemment des troubles de l'audition et des lésions de l'oreille moyenne, qui vont depuis l'obstruction simple de la trompe d'Eustache jusqu'à l'otite moyenne sclérosante ou à l'otorrhée chronique avec toutes leurs conséquences, en passant par l'ouite moyenne catarrhale, les poussées répétées d'otite moyenne aiguë, etc.

Dans un certain nombre de cas, la raison doit en être cherchée dans des anomalies congénitales de la caisse et des osselets; d'autres fois, dans des malformations congénitales ou acquises de la trompe d'Eustache.

Le plus souvent la cause en est dans l'inflammation chronique des fosses nasales et du naso-pharynx, qui existe presque fatalement dans tous les cas de fissures congénitales du palais et qui se propage à la trompe et à l'oreille moyenne.

SUR UN CAS
D'ANOMALIE SENSORIELLE AUDITIVE[1]

Par le Dr G. RICARD, d'Alger.

Sous la dénomination de *troubles auditifs hystériques*, on a coutume de réunir une symptomatologie aussi variée que

1. Travail communiqué à la Société française de laryngologie, ma 1901.

l'allure protéiforme de la névrose elle-même. La diversité des bruits subjectifs s'y allie à des surdités que l'on pourrait qualifier de « négatives » ; les épreuves classiques du diapason mesurant l'audition par les voies osseuse et aérienne y semblent en contradiction avec l'examen clinique objectif ; en un mot, tout y paraît réuni pour dérouter le clinicien. Il nous a paru intéressant de rapporter ici l'observation d'une de nos malades, hystérique avérée, qui, atteinte de surdité complète d'un seul côté, a très rapidement recouvré l'audition, mais une audition singulière, anormale et — qu'on me permette cette expression un peu hasardée — interférentielle.

Son acuité auditive première était nulle. Elle n'entendait point au contact le tic-tac d'une assez forte montre. Quelque temps après, cette même acuité auditive atteignait *subitement, et sans transition aucune,* 60 centimètres environ. Mais cette ligne fictive, mesurant son audition, et sur tout le parcours de laquelle la montre aurait été entendue par une oreille normale, présentait, dans notre cas, des points où l'oreille ne percevait aucun bruit. Un centimètre en deçà, un centimètre au delà, elle entendait très nettement les mouvements de notre montre. Mais, venait-on, progressivement ou subitement, au su ou à l'insu de notre malade, à placer la source sonore dans ce plan spécial, immuablement situé, plus rien n'était perçu. Ce serait, mais *inversement,* un phénomène un peu analogue à celui qui se produit dans un œil hystérique, quand un objet tenu verticalement n'est vu nettement qu'à une distance donnée : plus rapproché de l'œil (asthénopie accommodative), ou plus éloigné (myopie par spasme de l'accommodation), l'objet n'est plus distingué dans tous ses détails. Et nous ne saurions mieux comparer cette anomalie sensorielle auditive qu'au phénomène des interférences. Sur la corde qui vibre se produisent des nœuds et des ventres. Sur notre ligne auditive se produiraient aussi des nœuds : c'est à eux que correspondraient ces zones de surdité.

Observation. — Mlle J..., trente-cinq ans, institutrice, vient nous consulter pour sa gorge et son nez le 25 octobre 1900.

La malade nous paraît très effrayée.

Depuis quelque temps, et le matin surtout, elle crache et mouche « de vilaines choses teintées de sang ». Un médecin consulté lui a prescrit le grand air, la suralimentation, et lui a même fait quelques applications de pointes de feu en avant et en arrière de sa poitrine. Ce traitement a effrayé la malade, que nous jugeons, dès l'abord, extrêmement nerveuse.

L'auscultation ne décèle aucun signe de bacillose pulmonaire même au début; ses sommets, droit et gauche, nous paraissent indemnes.

La rhinoscopie antérieure nous montre un peu d'hypertrophie de la muqueuse nasale, hypertrophie un peu plus prononcée du côté gauche.

La rhinoscopie postérieure nous fait découvrir un catarrhe chronique assez prononcé du naso-pharynx. La voûte du cavum, mamelonnée, présente des élevures et des sillons, très irrégulièrement disposés; au milieu se voit l'orifice ovalaire de la bourse pharyngée. La muqueuse, très rouge, présente par endroits des exulcérations qui tiennent aux efforts de renâclement faits par la malade. De là partent les stries de sang remarquées dans les mucosités mouchées ou expectorées par Mlle J... Elle-même nous avoue, d'ailleurs, que ses crachats ne sont teintés qu'après les efforts fréquents et répétés de renâclement.

Son larynx ne présente rien d'anormal.

Comme nous lui demandons alors si elle n'éprouve aucun symptôme désagréable du côté des oreilles, soit comme bourdonnements, soit comme diminution d'audition, elle nous confesse qu'elle est complètement sourde de son oreille gauche.

Cette surdité est survenue brusquement, sans prodrome, et sans cause appréciable; elle dure depuis déjà quelque temps, mais la malade ne s'en plaint point, l'oreille droite suffisant largement, prétend-elle, et remplissant les fonctions des deux. Toutefois, elle fait une petite restriction et elle nous raconte que les jours où elle est « énervée et contrariée, soit à cause des élèves, soit pour un tout autre motif », son oreille droite ne suffit plus, et elle se voit obligée de quitter la place qu'elle occupe au bureau, et de se promener dans sa classe afin que les élèves ne s'aperçoivent point de sa surdité. Pas le moindre bourdonnement; pas le plus petit trouble subjectif.

L'examen objectif de son oreille gauche ne révèle rien d'anormal.

Le tympan est gris; le triangle lumineux intact; le manche du marteau, très distinct, est normalement situé. Ni inflammation ni dépôt calcaire. Pas d'anesthésie ni d'hyperesthésie du conduit.

Oreille gauche. — Weber : M. —, D. —; Rinne : M. —, D. —; montre air = o; trompe : libre: auscultation : souffle normal.

Oreille droite. — Weber : M. +, D. +; Rinne : M. + D. +; montre air = 1 mètre et plus; trompe : libre; auscultation : souffle normal.

Devant cette surdité subite à intensité beaucoup plus grande que celle que l'on a coutume de rencontrer dans toutes les affections de l'oreille moyenne, en présence de cette surdité unilatérale qui, à l'encontre des surdités ordinaires, ne gêne point notre malade, en face surtout de la disparition complète de toute conduction osseuse, et en l'absence des symptômes objectifs du côté du tympan, nous avons pensé à de la surdité hystérique et avons immédiatement recherché les autres manifestations de la névrose.

La malade nous avoue avoir eu jadis de fréquentes crises nerveuses; de plus en plus rares, ces crises semblent avoir disparu.

L'anesthésie pharyngée est complète.

La sensibilité de la cornée est diminuée, puisque, la touchant avec la tête d'une épingle, nous n'obtenons qu'un très léger réflexe oculo-palpébral. Nous constatons encore du rétrécissement concentrique du champ visuel.

Pas de perversion du goût; point d'anosmie.

Après chacun de ses repas, la malade a des borborygmes, qu'elle peut d'ailleurs provoquer, en dehors de ces moments, en appuyant fortement au creux épigastrique.

Elle est sujette à de violents accès de céphalalgie, qu'elle localise nettement à la région temporale gauche. Dans ces moments, un rien l'énerve, la contrarie, la fait pleurer.

Pas d'hémianesthésie.

Sous les seins, et de chaque côté, siège une large zone d'anesthésie. La malade ne sent pas la piqûre d'une épingle et ne réagit nullement au pincement de la peau.

Fixé sur l'état de notre malade, nous la rassurons de notre mieux, lui confiant que ses poumons ne sont nullement atteints, et que ses crachats et ses mucosités ne sont teintés que du sang provenant de son naso-pharynx.

Outre un traitement général, nous instituons comme traitement local :

a) Des badigeonnages du naso-pharynx avec une solution iodo-iodurée ;

ommade nasale antiseptique à l'aristol à 2 pour 30;
insufflations d'air par la trompe et le massage du tympan.
ité, tout d'abord secondaire pour elle, va maintenant
remier plan.
In novembre, c'est-à-dire après un mois de traitement,
n naso-pharynx s'est sensiblement modifié. La muqueuse
gonflée, moins rouge. Ses exulcérations ont totalement
les crachats ne sont plus striés de sang.
es cathétérismes répétés et de fréquents massages, l'état
lle n'a pas changé.
embre, la malade revient nous voir, nous avouant que le
on réveil, l'oreille s'est tout d'un coup « débouchée ».
lt-il, ressenti comme un choc dans tout le côté corres-
la tête, et depuis ce moment elle entend bien.
en objectif, son tympan n'a pas changé, il est toujours

nves classiques du diapason, de négatives, sont devenues

e de la montre, qui, primitivement et la veille encore,
entendu au contact, est maintenant perçu à 60 centi-
iron. Or, rapprochant graduellement la source sonore
de notre malade, nous remarquons qu'il existe deux
ncles, et *toujours les mêmes*, où la malade n'entend
première est située à 17 centimètres de l'oreille; la
ge à 45 centimètres.
nous bien convaincre que ces plans où l'audition est
immuables, nous recommençons plusieurs fois l'expé-
n sans avoir, au préalable, bandé les yeux de notre
n qu'elle ne puisse voir la source sonore. Chaque fois, à
tres, la montre cessait brusquement d'être entendue.
re en avant, 1 centimètre en arrière, le tic-tac était
ent perçu. Dans la zone intermédiaire, Mlle J... n'en-
blument rien.
le cette anomalie sensorielle auditive, nous prions la
revenir dix jours après.
revoyons le 21 décembre.
auditive ne s'est pas améliorée. La montre est toujours
la même distance, et toujours à 17 centimètres, et
lade accuse très nettement de la surdité, et, pourtant,
nore est toujours la même, la distance seule varie.
maintenant changer la nature de la source sonore, nous
diapason (modèle moyen, sans curseur, de Simal) et nous

le faisons fortement vibrer. La malade entend très bien de 0 à 17 centimètres, mais au delà elle ne perçoit plus rien. Elle nous confesse même que le son, qui est cependant assez fort, cesse brusquement à cet endroit, toujours le même.

Sans prétendre expliquer à fond pareille anomalie sensorielle, ni soulever une des si épineuses et si discutables questions d'acoumétrie, ne pourrait-on point supposer que ces zones de surdité correspondent, chez notre malade, à une défectuosité dans la contraction du muscle tenseur de la membrane?

Notre hystérique a, en effet, un potentiel d'énergie sensorielle auditive. On pourrait admettre que ce potentiel, pour une distance donnée, par exemple, s'épuise tout d'un coup pour reparaître sitôt après. Cette disparition de potentiel, toute particulière chez une malade qui est une hystérique, et par suite une anormale, marquerait le moment où sa fatigue nerveuse, fatigue qui est *à priori* admissible, serait maxima. Pourquoi, à ce moment, cette fatigue ne se traduirait-elle point par une contracture, une sorte de tétanos du muscle tenseur, qui immobiliserait la membrane, l'empêcherait de vibrer et de transmettre ces vibrations à l'oreille interne?

Nous reconnaissons cette hypothèse discutable, déjà même nous la voyons assaillie de critiques; mais, malgré tout, nous serions heureux si nous avions pu attirer l'attention des auristes sur une anomalie sensorielle auditive, que nous n'avons vue relatée nulle part.

BIBLIOGRAPHIE

Comptes rendus du XIII^e^ Congrès international de médecine, Paris, 1900, publiés sous la direction de M. CHAUFFARD, secrétaire général (section de laryngologie, rhinologie et otologie).

Sous ce titre vient de paraître chez Masson et C^ie^, éditeurs, libraires de l'Académie de médecine, 120, boulevard Saint-

aris, un fort volume de 390 pages où sont relatées
oyez pour la laryngologie et la rhinologie, par
our l'otologie, les communications intéressant
é avec les discussions auxquelles elles ont donné

pour des raisons diverses, n'ont pu faire partie
eront bien aises de trouver réuni sous un même
i a trait aux maladies du larynx, du nez et des

viendrons pas sur les différents travaux publiés
une analyse en a été faite dans cette même
serait faire double emploi.
suffise de rappeler que les grands maîtres en
té sont venus des pays les plus lointains relater
r expérience ou apporter des cas intéressants.
cialiste tiendra donc à honneur de posséder dans
e le volume du Congrès qui a trait aux maladies
nt.
i une idée de l'état actuel de la science oto-rhino-
e dans le monde entier. Dr Brindel.

NALYSES DE THÈSES

ite purulente dans la scarlatine, par le Dr F. APRÉE.

pu réunir 40 observations de rhinite purulente,
rhinite pseudo-membraneuse, 32 cas ont été
'hôpital temporaire d'Aubervilliers sur environ
nes soignées dans cet établissement pendant une
ois années. La rhinite purulente est donc relati-
fréquente.
anifeste sous trois formes : 1° sous forme de
ce ; 2° sous forme de coryza purulent tardif ;
de coryza pseudo-membraneux.
purulent précoce est de beaucoup le plus impor-
aractérisé par un jetage verdâtre, fétide, extrême-

ment abondant, par une dyspnée violente et des symptômes généraux d'infection. Il est surtout remarquable par son apparition subite et la rapidité avec laquelle il peut tuer.

Le coryza purulent tardif se montre à la période de décroissance; il est moins fréquent que le premier et n'a pas la même gravité : c'est une infection secondaire scarlatineuse, semblable à celle qui se produit parfois du côté de l'oreille.

Le coryza purulent pseudo-membraneux présente au début les mêmes symptômes que le coryza purulent simple. Le jetage est d'abord très abondant, puis diminue d'intensité, et ce sont alors les fausses membranes que le malade rejette par le nez en même temps que du pus jaunâtre dont la quantité est en raison inverse des membranes.

D'après l'âge des malades observés, il semble que le coryza purulent soit plus fréquent dans la seconde enfance.

L'angine scarlatineuse est sûrement le point de départ du coryza purulent, et il est permis de croire que l'agent pathogène agit avec plus de violence dans la cavité nasale que dans le pharynx.

Le premier effet du coryza purulent est d'amener de l'obstruction nasale surtout grave chez les jeunes enfants. Parfois, les petits malades sont pris subitement d'accès de suffocation, et ils peuvent mourir asphyxiés.

Le plus souvent, l'infection gagne les cavités annexes qui sont en relation avec les cavités nasales; cependant l'auteur n'a jamais observé de sinusite frontale ou maxillaire. Dans les cas graves, le malade est emporté en quelques jours avec tous les symptômes d'une infection généralisée dont le point de départ est la muqueuse nasale. En somme, le coryza purulent peut occasionner la mort par infection ou asphyxie, et les malades qui guérissent ont été presque tous atteints de complications redoutables : broncho-pneumonie, mastoïdite, etc.

Le pronostic de cette affection est très sombre. Sur quarante malades observés, dix-neuf sont morts; ils ont succombé avec tous les signes d'une infection généralisée ou d'une broncho-pneumonie. Chez les très jeunes enfants, la mort peut être produite subitement par un spasme de la glotte.

L'examen bactériologique a été pratiqué chez quinze

s. L'examen direct du pus, l'examen des cultures, les tions faites aux animaux ont toujours montré le coque le plus souvent associé au staphylocoque.

carlatine avec rhinite purulente semble facile à diagnos- L'auteur pense qu'il suffit d'indiquer les affections squelles il est possible de la confondre : la diphtérie, èle, la morve et les sinusites.

hinite purulente doit être traitée par de fréquents du nez avec un liquide antiseptique; de préférence, ygénée avec des applications de pommade au menthol. raitement local il faudra toujours associer une médi- générale énergique. (Thèse de Paris, 1900.)

Dr G. Dupond.

---

toses du conduit auditif, par le Dr Sabroux.

us ancien cas d'exostose du conduit remonte à 1809 et it par Autenrich Itard, dans son traité des maladies ille (1821), à propos des causes de rétrécissement du auditif par de l'hypertrophie du tissu osseux, mais il n'en avoir jamais observé de cas. Kramer, en 1840, ait polypes et exostoses. La même année, cette affection décrite par Toynbee. Rokitansky définit les exostoses eurs composées de bonne heure d'une véritable subs- seuse. Tröltsch, en 1855, en découvrant l'otoscope, ainsi aux observateurs les moyens de reconnaître aisé- tte maladie. Mais Bonnafont, après en avoir nié l'exis- n reprend l'étude, la décrit à peu près comme elle est aujourd'hui et pose, d'une façon assez précise, les con- le l'intervention chirurgicale.

ans plus tard, quelques auteurs s'opposaient formelle- l'ablation des exostoses, croyant qu'il est préférable malades de rester sourds que de s'exposer aux risques ération.

urs, Tillaux n'écrit-il pas: « On observe aussi dans it auditif des exostoses contre lesquelles nous sommes nts. »

e part, les classiques même les plus complets ne nt à l'étude de cette affection qu'un court chapitre.

, au point de vue étiologique, les exostoses itales et en exostoses acquises. Dans les pre- toute exostose dont l'origine nous est issant transmise par l'hérédité, celle dont le avec le développement de quelques nations congénitales; enfin, les exostoses plutôt qu'une autre, celle de Titicaca par ifficile d'expliquer dans leurs causes ces s: la syphilis, les compressions du pavillon -utérine, peut-être les impressions psychi- pas être étrangères à leur production.

s exostoses acquises, la syphilis ait été niée , il semble, au contraire, et tout porte à le soit sous forme d'hérédo, soit en syphilis t compte de l'amélioration notable observée traitement spécifique. A côté des exostoses syphilis, il y aurait celles dues à l'arthri- et la goutte. On peut admettre aussi que le roncles et les abcès peuvent leur donner té jusqu'à incriminer les bains de mer. s oublier que, dans quelques cas, les polypes ceptibles de s'ossifier.

vent être constituées de tissu compact ou de es se développent en n'importe quel point lus particulièrement à l'union de la partie seuse. On en a aussi trouvé dans la caisse; ordinairement uniques et unilatérales et les. Leur marche est lente.

gie fonctionnelle que M. Sabroux assigne un peu inexacte en certains points, notam- que le premier symptôme qui inquiète le lité, qu'il écrit plus loin que la douleur ne son apparition, etc. Nous n'insisterons pas.

confondre les ostéomes avec l'hypertrophie u osseux avec les polypes, enfin avec les ù l'erreur est plus facile (cas de Goldstein). st difficile, au moins à première vue, c'est distinguer une exostose d'un corps étranger

enkysté sous la muqueuse, surtout si le corps étra
objet résistant, arrondi, lisse à sa surface (cas de
put se convaincre, quand la muqueuse fut érodée,
affaire à une perle; le malade ne se souvenait d'
d'avoir introduit de corps étranger dans son oreille).

Les tampons de coton oubliés dans le conduit si
assez une exostose, après avoir subi quelques mo
Enfin, il est arrivé qu'on confonde les exostose
bouchons épidermiques.

Au point de vue du traitement, on doit rejet
tement médical que préconisait Toynbee et qui co
applications iodurées locales: elles sont d'une effi
teuse et exposent aux otites externes.

Bonnafont préconisa la dilatation progressive; m
tement est très long et présenterait quelque danger.

En réalité, quand une exostose du conduit est
gène en rien l'écoulement du cérumen, on doit se c
prescrire de l'iodure de potassium à l'intérieur. S
elle est plus volumineuse, qu'elle gêne l'audition,
jours opérer. Si elle se trouve à l'orifice du condui
soit nettement pédiculée, on doit essayer de la faire
un mouvement de bascule à l'aide de la gouge. S
tive ne réussit pas ou si l'exostose présente une bas
use du foret électrique, qui a l'inconvénient de ne p
être suivi par l'œil de l'opérateur au delà d'une ce
fondeur. On a également recommandé le galvanocau
avec cet instrument, l'opération est longue; la cl
rayonnement peut produire des dégâts dans le condu

Mieux valent gouge et maillet, et quand la tume
profondément située, le décollement du pavillon
l'aborder très facilement sans qu'il en résulte auc
vénient pour le sujet. (Thèse de doctorat, Bordea
1901, imp. Gounouilhou.)

Dr G.

REVUE GÉNÉRALE ET ANALYSES

BOUCHE ET PHARYNX BUCCAL

Stomato-gingivite septique occasionnée et entretenue par l'évolution de la dent de sagesse, par le Dr Mainguy, de Nantes.

Sous ce titre, l'auteur publie l'observation d'une jeune fille de vingt ans, chez laquelle, par défaut de soins, les accidents de la dent de sagesse avaient acquis une certaine gravité; la stomato-gingivite intense avait retenti sur l'état général. La résection large au thermocautère de la gencive au-dessus et autour de la dent de sagesse, la cautérisation des clapiers paradentaires et l'ablation de la molaire cariée située en avant de la dent de sagesse, amenèrent un soulagement *immédiat*, et quinze jours après la malade était complètement guérie. (*Rev. de stomatol.*, juillet 1900.)

Dr E. Lafarelle.

Épithélioma primitif de la luette (Soc. des sciences méd. de Lyon).

M. Pinatelle, interne des hôpitaux, présente une malade atteinte d'épithélioma primitif de la luette localisé à cet organe. Il existe deux ou trois ganglions, petits, durs et mobiles, dans chaque creux sous-maxillaire. Cette affection tire tout son intérêt de son siège anormal et de sa rareté dans cette région. (*Lyon méd.*, avril 1901.)

Dr G. Dupond.

Un cas d'adénome lingual (Soc. des sciences méd. de Lyon).

M. Viannay présente à la Société un malade du service de M. Gangolphe.

Il y a trois ans, cet homme fut opéré d'une tumeur sur le côté gauche de la langue; des ganglions suspects furent enlevés. Pas d'examen histologique.

Le 1er février 1901, il entre de nouveau à l'hôpital. On constate que la tumeur a récidivé: elle a le volume d'un gros marron, de consistance ferme; pas de ganglions. On fait l'ablation simple. L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un adénome.

Cas intéressant et par l'extrême rareté de la tumeur et par sa bénignité relative, puisque la récidive a mis trois ans à se produire. (*Lyon méd.*, mars 1901.) Dr G. Dupond.

Syphilis et bacille fusiforme, par le Dr H. Vincent, médecin-major.

Généralement, le diagnostic clinique de l'angine à bacilles fusiformes est assez facile à faire ; dans certains cas cependant, les symptômes présentés ont pu faire penser à une manifestation de la syphilis. C'est pour éclaircir ce dernier point que l'auteur a pratiqué l'examen histologique chez plusieurs sujets atteints de syphilis bucco-pharyngée. De ses recherches, il résulte que le microscope permet de faire aisément le diagnostic entre la syphilis diphtéroïde et l'angine qu'elle simule.

Dans l'angine ulcéro-membraneuse, les spirilles et les bacilles fusiformes sont en quantité colossale, et en quelque sorte à l'état pur. Dans la syphilis, au contraire, ils sont rares au milieu des bactéries vulgaires que l'on rencontre. Il faut en excepter certains cas authentiques de syphilis, dans lesquels on a rencontré en quantité assez considérable les microbes de l'angine fuso-spirillaire. En pareille occurrence, il faut admettre ou bien que la syphilis s'est inoculée sur l'angine préexistante, ou bien que l'infection fuso-spirillaire s'est développée sur la lésion syphilitique. Ce dernier cas est le plus fréquent.

Il n'y a pas lieu de s'étonner de ce fait, puisque le fuso-bacille et le spirille se retrouvent d'une façon à peu près constante dans la bouche des sujets sains.

Ce même bacille peut donc apparaître et se multiplier sur les ulcérations syphilitiques de la même manière que sur les fausses membranes résultant d'application du galvanocautère ou d'amygdalotomie.

Quoi qu'il en soit, si l'interprétation de pareils cas est facile, le diagnostic précis est souvent très embarrassant, par suite des modifications que peut provoquer le développement du bacille sur la lésion syphilitique.

Pour se tirer d'embarras, il faut s'adresser à la bactériologie et à la clinique.

Dans la syphilis, même assaisonnée d'infection fuso-spi-

icrobes n'ont pas l'abondance extraordinaire
l'angine.
ıdra pas négliger de vérifier par le micro-
traitement local.
clinique, la confusion avec l'angine n'est
ıe l'ulcération syphilitique devient diphté-

aut tenir compte des commémoratifs et du
la lésion, de l'aspect de la couronne qui
syphilitique, de l'état des ganglions et de
noins rapide du traitement local.
ıueuses peuvent prendre l'aspect diphté-
ıe est alors très adhérente; de plus, l'exis-
ccidents secondaires permet de trancher le

présence d'une gomme de l'amygdale, le
ıe en amènerait rapidement la résolution,
rerait l'affection s'il s'agissait d'angine à
Presse méd., juin 1901.)

Dr G. Dupond.

E ET PHARYNX NASAL

halo-rachidienne et hydrorrhée nasale,
et N. E. Brown.

ée céphalo-rachidienne. — Une femme
était en observation depuis le mois de
plaignait d'un écoulement de liquide par
t devenu intolérable. Le début de cet écou-
u mois d'octobre 1897. Depuis trois mois, il
ralles, tantôt d'une narine, tantôt de l'autre,
eux à la fois. L'écoulement était précédé
chatouillement entre les yeux, mais pas de
uivi d'une sourde douleur frontale qui per-
atre heures. On voyait alors survenir des
t, environ quatre et cinq à la fois; ces accès
réveil, à quelque heure que ce dernier eût
ıx ou trois heures. Ils cessaient ensuite pour
ouveau, dans la journée.

La malade appréhendait surtout l'apparition de l'écoulement quand ses affaires l'appelaient au dehors, et il faut dire que le liquide manquait rarement de paraître, soit juste au moment où elle sortait de chez elle, soit quand elle était déjà en route.

A table, elle était souvent empêchée de manger, toute son attention étant constamment portée sur le nez et le liquide qui s'en échappait. L'idée de se rendre à l'église augmentait considérablement l'abondance du flux; souvent celui-ci commençait les dimanches matin, au moment où la malade terminait sa toilette. L'écoulement était alors très abondant, mais durait moins longtemps; un grand nombre de mouchoirs en étaient complètement saturés. En séchant, ceux-ci devenaient raides, mais sans être tachés. L'attitude du corps ne modifiait point l'abondance de l'écoulement. L'état général de la malade était excellent. Le sens de l'odorat était conservé. Au début de l'accès, le liquide s'écoulait à raison d'une goutte par seconde et diminuait ensuite graduellement. Depuis six mois, ces accès survenaient chaque matin et souvent même dans l'après-midi sous l'influence d'une excitation nerveuse quelconque. Plus tard, il y eut des intervalles d'un jour et même davantage. Trois mois avant de venir consulter les auteurs, les accès cessèrent subitement. Parmi les divers agents thérapeutiques employés, l'atropine seule a apporté quelque soulagement.

Le liquide était clair et aqueux; il ne donnait aucun précipité après ébullition ou addition d'acide acétique ou nitrique. L'ébullition ou l'acide azotique lui communiquait une faible opalescence. Pas de réduction immédiate par la liqueur de Fehling, mais vingt-quatre heures après on constatait un léger dépôt d'oxyde rouge.

Cas II. *Hydrorrhée nasale.* — Il s'agit d'un homme de vingt-cinq ans, qui est venu consulter pour la première fois en mai 1897, se plaignant d'un écoulement aqueux survenant presque tous les matins au lever du malade. A cela venait s'ajouter, principalement la nuit, une gêne considérable de la respiration nasale. Le début de l'écoulement datait de 1892. Il se faisait par les deux narines, mais plus particulièrement par la droite, commençait toujours par la fosse nasale la moins obstruée et était invariablement précédé de violents accès d'éternuement.

Une sensation de picotement était ordinairement le signe avant-coureur de l'apparition du flux. Celui-ci durait de cinq à six heures, mais le plus souvent une heure. Quelquefois il commençait au réveil du malade. L'inhalation de poussières provoquait l'écoulement à n'importe quelle heure de la journée. Des cautérisations, des manipulations opératoires intra-nasales, l'impression d'un froid intense, arrêtaient l'écoulement pour plusieurs jours. Chaque accès était suivi d'une sourde douleur frontale qui durait deux à trois heures et dont l'intensité variait selon l'abondance de l'écoulement. Les mouchoirs étaient raides, comme s'ils avaient été empesés, mais ne portaient aucune tache. Le malade était très nerveux, et chaque accès lui laissait une grande lassitude qui le rendait incapable de tout effort intellectuel. La quantité maxima de liquide écoulé s'élevait à deux onces en six heures. Au début de l'accès, il s'écoulait un drachme par cinq minutes. Pas de sténose prononcée des fosses nasales. Les méats inférieurs étaient le siège d'une dégénérescence polypoïde qui a été enlevée à la curette. Cette opération améliora la sténose, mais n'arrêta le flux que pour quatre heures. L'atropine a produit peu d'effet.

Le liquide était clair, aqueux, de réaction alcaline, légèrement opalescent, et contenait environ un tiers de mucus clair. Les sédiments contenaient un petit nombre de leucocytes, des cellules plates mononucléées et un grand nombre de bactéries. L'addition d'acide acétique produisait un nuage blanc. Le liquide ne réduisait la liqueur de Fehling ni à chaud ni après un repos de vingt-quatre heures.

Cas III. *Hydrorrhée nasale.* — Femme de vingt-cinq ans, fort tourmentée par un écoulement continu de liquide des deux narines. Le début en remontait à deux ans. Il était également abondant des deux côtés, commençait au réveil et continuait jusqu'à dix ou onze heures du matin. La malade éprouvait dans le nez une sensation de picotement qui provoquait des accès d'éternuement cinq à six fois de suite et à des intervalles de deux à trois minutes. Les accès d'éternuement, disait la malade, étaient si violents que mon corps en était secoué, et ils me laissaient harassée de fatigue et sans parole. Les gouttes

coulaient si rapides qu'elles formaient un véritable jet. Ces éternuements duraient jusqu'à midi et ne revenaient plus le reste de la journée. Le séjour dans un courant d'air déterminait de nouveaux accès d'éternuement qui ne cessaient qu'au bout de vingt à trente minutes. Les mouchoirs restaient souples après séchage et semblaient n'avoir même pas servi. L'état général de la malade est demeuré excellent jusqu'au début des accès. Depuis, elle a beaucoup maigri. La quantité de liquide qui s'écoulait dans la matinée mouillait complètement trois mouchoirs; la moyenne ordinaire était de trente gouttes par minute. Souvent le flux devenait si abondant et si rapide qu'il donnait l'impression d'un flot continu. Le froid augmentait l'abondance de l'écoulement. L'inhalation de poudre occasionnait des accès d'éternuement bientôt suivis d'un écoulement de liquide. Ce dernier était limpide, aqueux, et de réaction alcaline. Il ne contenait aucun sédiment, mais tenait en suspension quelques flocons d'une substance claire, mais dense. Après addition d'acide azotique, on voyait apparaître un léger nuage. Le liquide ne réduisait pas la liqueur de Fehling, même après un repos de vingt-quatre heures.

La symptomatologie telle qu'elle ressort de la description que nous a donnée M. Saint-Clair Thomson de la rhinorrhée céphalo-rachidienne devrait nous conduire à la conclusion que le cas I des auteurs n'est pas un cas de rhinorrhée céphalo-rachidienne. Le fait que les attaques débutaient par des accès d'éternuement, que les maux de tête suivaient au lieu de précéder les accès, que l'écoulement se faisait par les deux narines et cessait pendant le sommeil, que la position de la tête n'exerçait aucune influence sur l'abondance de l'écoulement, enfin l'absence de symptômes oculaires, excepté une légère conjonctivite, en font presque un cas typique d'hypersécrétion de la muqueuse nasale. Mais l'analyse chimique corrobore le diagnostic de rhinorrhée céphalo-rachidienne. Le résultat de cette analyse est en tout point conforme à la formule donnée par M. Halliburton. La seule particularité de ce cas est l'apparition du flux, sous l'influence d'une excitation nerveuse, à n'importe quelle heure de la journée.

La comparaison du cas I avec les cas II et III montre une

ıe. La raideur des mouch
onsidérée par M. Thomson
'hydrorrhée nasale; encor
ıataient-ils souples et plial
ils devenaient raides. Dan
ıe arrêtait l'écoulement et
ire, dans le cas III, le froi
l'odorat demeurant intact
nombre de cas authentiq
isme préalable, du liquid
ler par le conduit audit
e l'ethmoïde et le sinus fr
I existât une solution de
r laquelle s'écoulait le li
ıt restés sans résultat. De
ıuement et ne reparut plı
trois malades avaient le
déc. 1900; *The med.* J

---

espiratoires supérieures
P. H. Gerber.

bserver un certain nombre
en examiner les voies r
ıit pouvoir formuler les

ires supérieures saines
ıs de bacilles. Mais ceux-ci
ne simple rhinite sèche.
ires supérieures atteinte
ivement et d'une façon c
ı en quantité tellement c
de lèpre, s'il en existe, en
ıt secondaire.
ı fournit la plus grande
les passages constituent
ı le meilleur bouillon de c

4° Les bacilles deviennent de moins en moins abondants à mesure qu'on s'éloigne de la cavité nasale vers les voies respiratoires situées plus bas. C'est ainsi qu'on ne trouve plus de bacilles au-dessous du deuxième anneau de la trachée.

5° On trouve des bacilles dans la sécrétion humide ou sèche pendant des semaines et des mois, même au bout d'un mois. Si leur puissance de coloration est proportionnelle à leur vitalité, cette dernière est incontestablement d'une ténacité extrême.

6° Vu cette richesse en bacilles de la sécrétion nasale, on peut admettre que ce sont les mouchoirs et en général tous les effets susceptibles de se trouver en contact avec cette sécrétion qui servent de véhicule, propageant et transmettant la contagion. C'est ainsi qu'on a observé que les blanchisseuses fournissent le plus grand contingent de lépreux. Quant à cette circonstance que la lèpre s'observe plus fréquemment chez les habitants des régions maritimes et riveraines que chez ceux du continent, il tient plus probablement à certaines particularités climatériques et à la prédisposition créée par les affections des muqueuses qu'elles déterminent qu'à l'usage du poisson.

7° Si la cavité nasale constitue le point de départ de la lèpre de la face et des voies respiratoires supérieures, on observe des lépreux à localisations autres que celles qui viennent d'être citées et dont le nez est parfaitement sain; c'est ainsi que la cloison nasale qui, comme on sait, garde les traces d'ulcérations même des plus légères, présente un aspect normal chez des lépreux atteints depuis des années de cette affection.

En ce qui concerne la prophylaxie de cette affection, les points suivants semblent être admis d'une façon à peu près générale :

a) Les affections lépreuses des voies respiratoires supérieures méritent la plus grande attention et doivent être rendues inoffensives par un traitement local approprié et énergique.

b) L'intervention doit avoir surtout pour but la destruction des sécrétions nasale et pharyngée, qui constituent le principal agent de transmission de cette affection. En ce qui concerne en particulier la sécrétion nasale, elle joue dans la lèpre le

achats dans la tuberculose, avec cette
les que renferme la première sont infi-
et plus résistants et s'y trouvent d'une

gents de transmission, le linge mérite
ière. Les lépreux ne doivent pas se
ème mouchoir, ni faire blanchir leur
onnes saines. On devrait mettre à leur
ui puissent être détruits après un seul
i concerne les mouchoirs). (*Archiv f.*
I.)

Dr JANKELEVITCH.

---

du nez *(Ueber cutischen Primäraffect der*
ETHAL.

ervation suivante qui est, en effet, très

a âgé de trente-trois ans, ayant toujours
t qui, depuis plusieurs semaines, éprou-
sécheresse dans le nez. Il ne peut pas
nuit et il lui semble que son cou

e la présence d'une petite plaie sur la
Peu à peu, les symptômes s'aggravent.
st-à-dire tant que le malade faisait ses
oubles étaient peu sensibles, mais dès
naison chauffée à la vapeur, sa respira-
s difficile. Il consulta un spécialiste qui
pray, lequel, d'ailleurs, ne lui procura
eut alors recours à une pommade qu'il
ne, mais toujours sans succès. Comme
ent de s'aggraver, il consulta encore
istes et finit par échouer chez l'auteur.
es symptômes déjà énumérés, de dou-
écheresse du nez était tellement pro-
ajournait quelques minutes seulement
ez se bouchait complètement, et il était
injections. La nuit, il était obligé de se
ois pour humecter son nez, mais rien

aisait. Quatre semaines après le début de ses troubles, le de s'aperçut que les ganglions occipitaux du côté droit nençaient à s'enfler en devenant douloureux. Quoique uenza eût été à cette époque endémique en ville, le de n'en a pas été atteint, mais il a eu la fièvre et des ons qui toutefois disparurent assez rapidement.

ı examinant le malade, l'auteur constata l'existence d'une te atrophique et, sur le côté de la cloison, celle d'une e érosion qui ressemblait à un ulcère perforant au début. teur a vu souvent ces ulcérations se produire à la suite de œuvres faites avec le doigt, et le malade avait précisément habitude. Sur la tête et l'occiput se trouvait toute une ne de ganglions engorgés qui, à droite, s'étendaient de la e jusqu'à la nuque. Les ganglions du côté opposé ne se tuméfiés qu'un peu plus tard. Et précisément, l'auteur a 'occasion d'observer dans le courant de cet hiver-là des rgements ganglionnaires de ce genre dans des cas luenza des voies respiratoires supérieures et des oreilles. ıi, se trouvant une fois de plus en présence de ce symptôme ı basant, en outre, sur ce fait que le malade avait eu la e et des frissons, l'auteur crut pouvoir conclure qu'il ssait d'un cas d'influenza à caractère bénin. Il prescrivit raitement pour la rhinite atrophique, certaines mesures éniques, et s'attendait à ce que les troubles disparussent ı rapidement. Au lieu de cela, ils ne faisaient que ;raver. L'érosion augmentait de dimensions, quoique le ıde affirmât ne plus la toucher de son doigt, se transfor- en un véritable ulcère; les ganglions sous-maxillaires a devinrent tuméfiés et peu à peu l'érosion primitive prit caractères d'un véritable chancre syphilitique, à bords levés, etc. Le diagnostic était certain, et lorsqu'il fut muniqué au malade, ce dernier se rappela avoir quelque ps auparavant pratiqué le toucher vaginal d'une femme a su plus tard être syphilitique. Il est donc probable ussitôt après avoir examiné cette femme, il a, suivant son tude, introduit son doigt dans le nez, où l'érosion, qui ıablement existait déjà, ne tarda pas à s'infecter. Bientôt ırurent les phénomènes secondaires; mais d'une façon

a s'est montrée d'une nature très bénigne. nplètement guéri depuis deux ans. (*Klin.* , n° 24, 1901.) Dr Jankelevitch.

ORBILLES

ie de la commotion du labyrinthe *(O patobledniku uznego)*, par le Dr R. Spira.

ous ce nom des troubles fonctionnels dus à sans lésions anatomiques. Après avoir rapes théories et hypothèses qui existent au nes propres à cette affection, l'auteur en énie de la façon suivante.

établi les recherches de Waldeyer, le syscompose d'éléments (neurones) lâchement s stimulus sonores ou moteurs provoquent, plus considérable, un mouvement violent avec relâchement consécutif des neurones le et de l'équilibre. En raison de la différ anatomique et de fonctionnement du nerf erf vestibulaire, leur excitation est loin de s effets. Les éléments du nerf vestibulaire ite leur position d'équilibre et même ils xcitations répétées : l'excitabilité du nerf et cérébelleux s'émousse en quelque sorte la conservation d'équilibre, malgré l'action namiques. Ainsi, la danse, par exemple, ns sujets des vertiges qui cessent avec une ide pour ce genre d'exercice. Il est permis de tres nerfs et organes peuvent remplacer le n action statique. Les choses ne se passent erf cochléaire, dont les neurones reprennent sition normale et même s'en écartent de l'influence des excitants spécifiques, c'est-Aussi, les sujets soumis à des excitations deviennent-ils victimes de troubles continus bourdonnements d'oreille, surdité progresions anatomiques du nerf (atrophie). Ces

différences entre les deux branches du nerf acoustique amènent dans l'un d'eux la surdité, et dans l'autre l'indifférence vis-à-vis de certains traumatismes et consécutivement l'absence de troubles statiques.

On a proposé diverses théories pour expliquer l'efficacité d'exercices acoustiques dans certaines formes de surdité. Suivant l'auteur, il s'agirait du même mécanisme que dans celui des exercices gymnastiques en cas de paralysies périphériques ou centrales. Dans les deux catégories des faits, il s'agit soit d'assurer la conductibilité, soit de suppléer à une fonction supprimée. La première influence rend aux troncs nerveux une partie des propriétés conductrices qu'ils ont perdues à cause d'un processus pathologique. L'action compensatrice consiste à remplacer les portions inactives du système nerveux par le fonctionnement de celles restées intactes. C'est pourquoi les exercices acoustiques auraient plus de chances de succès là où il persiste quelque chose de l'organe conservant ses fonctions.

En terminant, l'auteur propose un moyen de combattre la névrose qui fait éprouver à certains sujets des vertiges analogues au mal de mer pendant certains mouvements. La méthode de thérapeutique consiste en des exercices gymnastiques destinés à diminuer l'excitabilité et à assurer aux centres et aux terminaisons nerveuses de l'appareil statique une plus grande résistance vis-à-vis des agents extérieurs. (*Przeglad Chir.*, vol. IV, fasc. 4, Varsovie, 1901.)

TRIVAS.

Un cas de manifestation insolite de la syphilis. Othématome *(Un unusual phenomen of syphilis; Othematome)*, par le Dr Joseph ZEISSLER.

Il s'agit, dans le cas de l'auteur, d'un médecin, âgé de quarante ans, et atteint d'un othématome d'origine syphilitique. L'accident primitif, dû à une infection professionnelle, s'est produit au pouce de la main droite sous la forme d'une tumeur verruqueuse qui a été excisée. Six semaines après cette opération, on vit apparaître une roséole caractéristique accompagnée d'un engorgement ganglionnaire. Ces accidents n'ont pas tardé à disparaître sous l'influence d'un traitement spécifique qui avait été d'abord exclusivement mercuriel et ensuite

mixte. Quelques mois plus tard, on vit se former, sans cause apparente et en l'absence de tout traumatisme, un othématome typique du côté droit. L'auteur pratiqua sans succès plusieurs ponctions qui donnèrent issue à une certaine quantité de liquide séreux; mais la tumeur se reproduisait peu après chaque intervention. En désespoir de cause et quoiqu'à cette époque le malade n'offrit aucune manifestation syphilitique, M. Zeissler s'est décidé à lui administrer de l'iodure de potassium. Cette médication eut pour résultat de faire disparaître l'othématome d'une façon rapide et définitive. Six mois après, le malade présentait le syndrome classique de Ménière: on constata en même temps quelques troubles d'origine centrale, tels que fourmillements, engourdissements et picotements dans les extrémités des doigts de la main gauche. L'iodure de potassium, auquel on eut de nouveau recours, eut vite raison de tous ces phénomènes.

M. Zeissler pense qu'il s'est agi dans ce cas d'une lésion syphilitique de la base du cerveau ayant déterminé à la fois le syndrome de Ménière, les troubles sensitifs aux extrémités des doigts de la main gauche et l'hématome de l'oreille droite. En ce qui concerne la pathogénie de l'othématome, cette hypothèse est conforme à l'opinion de Brown-Séquard, qui, comme on sait, a pu expérimentalement provoquer chez certains animaux un hématome du pavillon par la section du corps restiforme. (*Journ. of cutuneous and genito-urin. diseases,* février 1901.)

TRIVAS.

Quelques mots sur les relations qui existent à l'état pathologique entre l'oreille et l'œil, par le Dr Jo COLL Y BOFILL.

M. Bofill rapporte le fait suivant :

Un petit malade, trois ans, sans antécédents, fut pris brusquement de troubles de fièvre avec convulsions. Le point de départ paraissait être, au début, dans l'appareil digestif. Le sixième jour apparurent des râles du côté du poumon. Vers le neuvième jour, la fièvre allait décroissant, lorsqu'on s'aperçut que le malade n'y voyait plus. Pas de vomissements ni de délire, de l'excitation. Quinze jours se passèrent ainsi, lorsque survint un écoulement de l'oreille gauche. A dater de ce

it, l'enfant ne parut plus entendre et resta assoupi
proférant presque continuellement des plaintes. C'est
u'il fut examiné par M. Bofill, qui fit les constatations
tes : L'enfant était en perpétuel mouvement, étendant ou
sant bras et jambes avec mouvement de circonduction de
Vision et audition abolies, pupilles dilatées, sensibilité
e affaiblie, langue saburrale, ventre flasque, etc. L'examen
eille montrait à gauche une otorrhée avec petite perfo-
du tympan ; à droite, un tympan rouge violacé, bombé ;
symptômes mastoïdiens.
l'influence d'une double paracentèse du tympan, l'état
fant s'améliora. Deux jours après, la vue lui revenait. Le
ème jour, c'était le tour de l'ouïe ; quinze jours après, la
ation auriculaire était tarie, et une semaine après tout
ntré dans l'ordre.
teur, tout en déplorant qu'on n'ait pas fait d'examen
noscopique, pose, à propos de ce cas, le diagnostic qui
en se basant sur les connaissances anatomo-physiolo-
actuelles, lésion méningée, conjonctive inflammatoire
se aux noyaux gris centraux (couche optique, tubercules
jumeaux, etc.) et propagée aux pédoncules cérébraux et
velet.
nclut que : 1° en présence d'un malade qui présente des
mes cérébraux en foyer, lésion oculaire, et en même
otite moyenne, on doit rechercher avec soin les anté-
s et le détail de l'histoire du cas, afin de ne pas attribuer
lepto-méningite otitique, à un abcès sous-dure-mérien
ébelleux d'origine otique, à une thrombose sinusienne,
i pourrait être sous la dépendance d'une méningite
ée et indépendante de la suppuration de la caisse ;
nt de se décider, dans les cas douteux, aux grandes
entions chirurgicales, on doit avoir recours à tous les
s que la spécialité met à notre disposition pour assurer
ainage parfait de la caisse. (*Semana med.* de Buenos-
, 23 mai 1901.)

Dr G. Liaras.

Bordeaux. — Impr. G. Gounouilhou, rue Guiraude, 11.

N° 34. 24 AOUT 1901.

HEBDOMADAIRE
DE
,OGIE, D'OTOLOGIE
)E RHINOLOGIE

ÉNIGNES DES SINUS DE LA FACE

[redacted]
OME DU SINUS MAXILLAIRE*

Par MM.
gé, G. BERTEMÈS,
ngologie de Charleville.
ncy.

l

gnes des sinus de la face peuvent se *trinsèques* ou par propagation, n'ayant secondairement dans le cours de leur urs *intrinsèques* ou primitives, à point sinusien, et nées sur place aux dépens la coque ostéo-périostique des sinus.

ıperons guère des premières, qui sont nnues et réclamées par la grande chi- dégâts souvent considérables avant lles nécessitent des délabrements parfois de vue opératoire. Nous nous souvenons eur Gross faire une résection des deux s, suivie d'une prothèse immédiate, pour ome de la voûte palatine ayant envahi es deux sinus maxillaires[1].

* Travail communiqué à la Société française de laryngologie, ai 1901.

Il en est cependant que nous ne pourrons passer sous silence, en raison de l'intérêt particulier qu'ils offrent pour les rhinologistes. Nous voulons parler des *kystes dentaires du maxillaire supérieur à évolution sinusienne*. L'un de nous [2] a récemment attiré l'attention sur ces kystes, dont les uns, issus des alvéoles des incisives et des canines, tantôt projettent en dehors la table externe du maxillaire, tantôt, progressant en profondeur, vont soulever le plancher nasal, et dont les autres, issus des molaires, refoulent la paroi inféro-externe du sinus maxillaire au point d'amener parfois sa cavité à l'état virtuel.

Ajoutons que la distinction entre les deux n'est pas toujours très nette, et qu'il y a des cas intermédiaires à évolution palatine.

La pathogénie de ces kystes est restée pendant longtemps obscure. La plupart des auteurs modernes admettent aujourd'hui, avec Malassez et Abarran [3], qu'ils proviennent de débris épithéliaux paradentaires. Aussi leur symptomatologie se résume-t-elle pendant longtemps et presque uniquement en fluxions dentaires à répétition, en carie dentaire, en fistules alvéolaires et n'est-ce qu'au cours d'une évolution prolongée qu'ils peuvent intéresser les cavités accessoires du nez. Et, de fait, en soulevant le plancher du sinus et en empiétant sur sa cavité, ils peuvent offrir tout le tableau clinique de l'hydropisie de l'antre, avec projection en dehors de la paroi antérieure et transparence nette à la diaphanoscopie. La paroi de séparation peut encore se résorber ou se rompre, le contenu du kyste se vider à l'intérieur du sinus, et, pour peu qu'il soit infecté, produire une sinusite chronique.

Ces rapports constants des grands kytes dentaires postérieurs avec le sinus maxillaire ont été mis à profit dans des vues thérapeutiques par l'auteur auquel nous faisions plus haut allusion. Voici comment il procède pour la cure radicale.

Après incision au niveau de la fosse canine et extirpation

ssible de la poche kystique, la cavité
st mise en communication large avec
la résection de la paroi de séparation,
diate de la plaie buccale. L'ancienne
ne, de cette façon, plus qu'un simple
e, dont la muqueuse ne tardera pas à
le aiguë se déclare dans les premiers
as à se résoudre assez facilement.
nent, simple corollaire de la cure des
dwell-Luc, nous semble marquer un
thérapeutique de ces kystes dentaires,
jour d'avulsions dentaires, d'injections
iques, d'ouvertures par la fosse canine
nts iodoformés, aussi prolongés que

II

préjuger de la pathogénie des tumeurs
la commodité de la description seule-
rons en tumeurs *inflammatoires* et en
oprement dites.

romes. — a) *Polypes muqueux*. — Des
pes des sinus ont été rapportées par
ky[5], Hajek[6], Rutten, Heymann, Hart-

le polype du sinus maxillaire qui avait
le correspondante à travers un ostium
extirpation avait présenté de grandes
s s'échappant à tout moment dans la
faisant ainsi déraper l'anse. Il les croit
autour de l'ostium.
xtrait trois fois des polypes du sinus
mes avons observé le développement de

s tumeurs chez un sujet opéré il y a deux ans, par re, d'un polype fibreux hémorragique du naso- vec prolongement intra-sphénoïdal.

bservation de Wendell C. Philipps [9], il s'agissait, xamen histologique, d'un épithélioma de l'antre, un polype muqueux. La tumeur avait perforé alvéolaire; un bout même dépassait et pendait ouche sous forme d'un champignon. Notons, en ne c'est là peut-être le seul cas où l'on ait vu un queux — tumeur essentiellement conjonctive — se r en épithélioma.

ocher du cas précité l'observation de M. Symonds [10] :

te s'était fait extraire les deux petites molaires. Quelques tard, les alvéoles correspondantes furent trouvées occu- ux masses gélatineuses piriformes, libre de toute adhé- ainage. Le stylet pénètre dans l'antre. A l'ouverture, on ius rempli de polypes muqueux, insérés surtout sur les ne et postérieure. Il n'y avait pas de suppuration ni it par le nez.

bsence de suppuration dans le cas rapporté par L'examen histologique montra qu'il s'agissait de nyxomes.

re, dans l'observation de Mayo Collier [12], il y avait ppuration pendant à peu près sept mois. Un des tait trouvé fixé sur un fragment d'os enlevé de la ieure (sinus frontal).

encore un cas, rapporté par Lambert Lake [13], de l'antre. La distension des parois était très marquée s la paroi orbitaire; il y avait des polypes dans la s correspondante. Le sinus lui-même en fut trouvé . Le cas était surtout intéressant au point de vue stic. Il y avait, en effet, une transparence très iaphanoscopie, ce qui, jusqu'ici, n'avait été admis es seuls kystes du maxillaire supérieur.

èles et hydropisies des sinus. — On ren-
es, d'après Hajek[16], dans la plupart des
miques des sinus; ils se formeraient par
résie consécutive des conduits alvéolaires,
produits sécrétoires, et seraient tapissés
un épithélium cilié. Dmochowsky[14] en a
a cubique, ce qui prouverait leur origine
mn[15], à endothélium et provenant, d'après
ymphatiques dilatés. Enfin, les polypes
légénérer en kystes, ainsi que le fait a été
é pour ceux des fosses nasales.
ur, ces kystes, devenus plus volumineux,
ite la cavité sinusienne, et constituer alors
nciennement l'hydropisie ou la mucocèle
et frontaux; c'est, du moins, là l'opinion
ther[17], Virchow[18] et de la plupart des au-
mi lesquels nous retiendrons surtout Hajek.
d'hydropisie de l'antre qu'il a traités, la
mplie de polypes muqueux, ce qui laissait
l pouvait en être de même pour les sinus
polypes avaient pu dégénérer en kystes.
tions est particulièrement intéressante.

alade qui venait consulter pour des maux de
a ponctionne le sinus maxillaire et on retire
cubes de liquide séreux. Il n'y avait pas de
yen, et l'ostium avait été trouvé absolument
oment de la ponction. Les maux de tête se
x jours après, on trouve le méat moyen rempli
sse facilement passer une canule par où on fait
encore du pus.

gique à admettre que l'hypothèse d'un
ineux ayant obstrué l'orifice et produit de
antre? Et, si l'on avait négligé de revoir le
que le cas en eût imposé pour une hydro-

D'autres, parmi lesquels Nolténius [19], Semon [20], Körner [21] et Dmochowsky, admettent encore l'ancienne définition de la mucocèle, tumeur par rétention des sécrétions normales du sinus à la suite de l'obstruction de l'ostium. Dmochowsky s'appuie surtout sur une autopsie où il trouva l'ostium maxillaire complètement atrésié, le sinus rempli de sérosités et les parois réduites à une minceur extrême. Les 37 cas d'hydropisie de l'antre publiés par Nolténius n'éclairent pas beaucoup la pathogénie de l'affection telle que l'admet cet auteur. Il resterait toujours à établir, croyons-nous, quelles conditions anatomiques expliquent pourquoi ces hydropisies sont relativement rares bien que l'ostium s'obstrue très facilement et souvent complètement par des hypertrophies localisées de la muqueuse, des polypes, etc.

Zuckerkandl, à qui ses recherches cadavériques ont fourni nombre d'observations de kystes sinusiens, évite de prendre parti en faveur de l'une ou l'autre des théories en présence.

La théorie de la tumeur par rétention et obstruction de l'ostium nous semble, par contre, très admissible dans les hydropisies traumatiques, celles de l'antre doivent être peu connues, nous n'en avons en effet trouvé aucune observation ; Wilhelm et Jacques [41] en ont vu une se développer dans le sinus sphénoïdal à la suite d'un traumatisme orbitaire ; elles sont fréquentes surtout au niveau du sinus frontal. A propos de ces dernières, relevons, en passant, le fait suivant presque constant, d'après Hajek : l'amincissement de la paroi antérieure, pour les mucocèles traumatiques, est accusé surtout au point où le coup a porté, tandis que, dans les mucocèles non traumatiques, il porte surtout sur la partie inférieure de la paroi antérieure, vers la poulie de grand oblique, là où elle est le plus mince.

En nous reportant à ce que nous avons dit plus haut à propos des kystes dentaires, nous voyons donc que l'affection connue communément sous le nom d'*hydropisie du sinus*

i processus anatomiqu

nt vers en haut d'un
contenu à l'intérieur

obstruction prolongée
t la produire, par exem
iquide sera franchem

à l'existence d'un ky
e même du sinus. I
nalogue à celui qu'on t
soumis à une irritatio

III

es non inflammatoire
; nous ne citerons, à ce
par le Dr Hammer[22]; s
xillaire supérieur, l'au
t de départ probable
e, mais de tumeur bé
ion. On n'en dit rien o
ues; elles doivent don
r diagnostic précoce est
les inflammations ba
chissant leurs limites
s du voisinage? Nous n
s jusqu'ici n'aboutisse
ennement connues cit
ek croit qu'un grand
riennent des ostéophyte
le vieilles sinusites et qu
mation de la couche

muqueuse. Ces ostéophytes seraient donc de formation purement périostiques et absolument indépendants de l'os lui-même. Aussi les ostéomes se trouvent-ils souvent complètement libres au milieu de la coque osseuse. Cette absence de pédicule est d'une grande importance opératoire, l'extirpation se réduisant souvent à une énucléation plus ou moins aisée.

On confond souvent l'ostéome et l'exostose; cette dernière s'en distingue cependant très nettement, non seulement au point de vue pathogénique, mais encore dans son évolution clinique. L'exostose ou hyperostose est une tumeur à point de départ franchement osseux. Elle se développe, par exemple, souvent dans la paroi antéro-inférieure du sinus frontal, exposée plus qu'aucune autre aux traumatismes, ainsi qu'on le voit dans l'observation de Luc[25]; elle a une attache osseuse très large, n'est pas nécessairement entourée d'une coque amincie et ne présente pas non plus cette évolution presque régulière des ostéomes dont nous parlerons tout à l'heure.

Nous ne rééditerons pas ici toutes les observations publiées d'ostéomes; nous nous contenterons d'en relever les détails les plus intéressants.

Ce qui domine la symptomatologie de ces tumeurs, au moins quand elles sont arrivées à un certain degré de développement, c'est l'adaptation facile des organes du voisinage soumis à la compression qu'exerce autour d'elle la production néoplasique. Ceci est un effet de la lenteur de leur évolution; ainsi, Burow[24] cite un cas d'ostéome ethmoïdal qui avait duré vingt-six ans; Berger et Tyrmann[25] trouvent ce chiffre encore très faible eu égard à leur longue durée dans les autres cavités sinusiennes. Le fait est surtout caractéristique pour le globe oculaire, intéressé dans les ostéomes ethmoïdaux et frontaux. Aussi, dans la plupart des observations recueillies par Ollivier[26] et Bornhaupt[27], l'œil, bien que fortement projeté en bas et en dehors, n'avait-il que peu perdu de son acuité visuelle, et les mouvements musculaires se sont-ils

plètement après l'extirpation. Moser[28] a
cas d'ostéome du sinus frontal où l'abla-
e amaurose rapide et complète; il n'en
d'explication.

arité à noter, c'est qu'ils s'étendent plus
s rencontrent le moins de résistance. A
nguer ceux de l'ethmoïde, qui se propa-
a lame papyracée et l'orbite, ainsi que le
figure donnée par Maisonneuve[29], mais
orté un seul cas qui se fût propagé vers
de ceux des sinus sphénoïdal et frontal,
éphale par une moindre épaisseur d'os,
facilement le cerveau dans ses portions
nes. Les ostéomes sphénoïdaux englobe-
e nerf optique, ainsi qu'on le voit dans
usson[40]; ceux du sinus frontal apparaî-
térieur, sous la forme d'une tumeur de
angle interne, là où la paroi est le moins
t ostéomes maxillaires, ils s'extériorisent
canine. Laurens[31] a cependant rapporté
l'antre, où la tumeur avait si bien paru
avait tenté de l'enlever par les voies

un certain stade de leur évolution, de
s qu'ils étaient par leur origine, les
. tumeurs extra-nasales ou plutôt extra-
cepter toutefois ceux de l'ethmoïde, qui
dans la fosse nasale qu'à travers la
zza[30]).

ne connaît que le cas de Wagner[32], où
maxillaire avait causé une hémorragie
e d'une trépanation alvéolaire.

nous faisons abstraction des fibromes
s des cavités nasale ou pharyngienne, et
t envahi les annexes pneumatiques, nous

voyons que les fibromes des sinus doivent être d'une grande rareté; le fait n'a rien d'étonnant vu le peu de vitalité des muqueuses sinusiennes, leur minceur et leur pauvreté en éléments conjonctifs. La même remarque peut, d'ailleurs, s'appliquer avec la même justesse aux autres tumeurs bénignes des sinus.

Le Dr Jousset [33] a rapporté un cas de fibrome dégénéré de la fosse nasale qui, selon toutes probabilités, avait pris son origine dans l'antre. Les parois osseuses antérieures et latérales étaient en partie détruites, la tumeur plongeait dans le cavum, et le globe oculaire était déplacé vers en haut. L'examen microscopique montra qu'il s'était agi d'un fibromyxome. La malade mourut dans le coma trois jours après l'extirpation.

Chiari [34] a publié un cas intéressant de fibrome de l'ethmoïde.

Un malade de dix-sept ans se présente avec de l'exophtalmie, du larmoiement et une amaurose complète de l'œil droit. Le nez est repoussé à gauche, il y a des épistaxis fréquentes, de l'obstruction nasale. Le malade se plaint de dysphagie, de difficulté de la respiration. La région avoisinante est rouge et enflammée; on reconnaît un abcès au-dessus de la clavicule. Le malade mourut à la suite d'abcès métastatiques des poumons. A l'autopsie, on trouve un fibrome parti de l'ethmoïde, renfermant de grandes cavités pneumatiques, vestiges probablement des cellules ethmoïdales dilatées. La tumeur proémine dans la fosse cérébrale, au niveau de la selle turcique et de la moitié postérieure de la lame criblée; le nerf optique est comprimée dans son canal. La paroi orbitaire interne est refoulé en avant et en dehors. Le canal lacrymo-nasal est rétréci, presque atrésié. Le sinus sphénoïdal est envahi.

On voit qu'outre les caractères physiques de consistance, etc., les fibromes des sinus se distinguent des ostéomes par la diversité des organes qu'ils compriment ou détruisent; leur symptomatologie est plus bruyante, leur évolution plus rapide; le nombre restreint des observations ne permet toutefois encore pas d'en fixer entièrement l'histoire.

es. — Nous ne citerons que le cas publié
'un enchondrome d'origine sphénoïdale,
enfant de deux jours. Il s'agissait d'une
le qui plongeait dans l'orbite et était creusée
ss.

ations doivent être excessivement rares.
on excellente thèse sur les enchondromes
, n'en rapporte aucun cas.

– Nous n'en avons trouvé qu'un seul cas,
Hellmann [37]. Le malade était atteint depuis
pes du nez. Un peu plus tard, apparurent
lomateuses. Lorsque l'auteur le vit pour la
nalade présentait tous les symptômes d'un
A l'ouverture, on trouve l'os épaissi, du pus
comme cause de cet empyème, « la propa-
use du sinus des papillomes durs observés
ale. » Le malade mourut deux mois après
développé dans le même sinus frontal;
ne transformation maligne du papillome

sion de suivre, à la clinique laryngologique
alade porteur d'un papillome du sinus
, nous croyons utile de le rapporter en
er les quelques points les plus intéressants :

Clinique laryngologique de Nancy, numéro

ction nasale ancienne, avec formations poly-
oduction de végétations papillaires parties de la
yen, obstruant la choane gauche. Ablation par
végétations. Un an plus tard, trépanation du
our maux de tête intolérables à forme sphé-
e de productions semblables à celles du nez,
ue totalité du sinus, se révélant à l'examen
ne de nature papillomateuse; peu de pus.

icien, trente-cinq ans, est adressé à la clinique
nnéville, pour une obstruction nasale bilatérale

presque absolue. C'est un homme de haute taille, facies coloré, nez élargi en éteignoir, léger strabisme divergent. Ne peut se moucher depuis plusieurs mois et souffre de céphalées vagues de temps à autre.

A la rhinoscopie antérieure, les fosses nasales sont encombrées de masses polypeuses rosées dans la région des méats moyens, tandis que les cornets inférieurs, rouges, livides et macérés, offrent dans toute leur longueur un aspect boursouflé et se montrent tapissés de mucosités louches. A la rhinoscopie postérieure, la choane gauche est tout entière occupée par une masse végétante, mamelonnée, rouge par places, recouverte ailleurs d'un enduit jaunâtre et saignant au contact du stylet et du porte-coton. Impossible d'en localiser le pédicule. A droite, queues des cornets inférieur et moyen modérément épaissies et dégénérées, mais n'obstruant pas la choane.

En plusieurs séances, on débarrasse à l'anse les deux fosses nasales des productions polypeuses qui les distendent; puis les cornets sont réduits, tant par exérèse à l'anse chaude que par des cautérisations répétées. Enfin, on débarrasse la choane gauche des masses végétantes qui l'obstruent en les morcelant. On constate alors que leur point de départ n'est autre que la queue du cornet moyen et la muqueuse immédiatement avoisinante. La perméabilité nasale est ainsi complètement rétablie sans aucune perte de substance osseuse.

Entre temps, l'examen histologique a été pratiqué, tant des polypes muqueux, dont la structure fut trouvée habituelle, que des végétations postérieures, que leur aspect clinique rapprochait plutôt des tumeurs malignes; contrairement aux prévisions, le microscope ne fit reconnaître que les éléments normaux hyperplasiés et superficiellement enflammés de la muqueuse des cornets.

L'épithélium superficiel, très épaissi, a perdu ses cils; il est nettement délimité, du reste, tant du côté de la surface, que profondément vers le stroma.

Le tissu conjonctif, un peu œdématié, s'était considérablement épaissi, et dans son sein des boyaux glandulaires, parfois kystiques, alternaient avec de nombreux vaisseaux. Aucun signe de dégénérescence maligne.

La diaphanoscopie, pratiquée par deux fois au cours du traitement, ne fournit aucun indice de collection maxillaire ou frontale. Et le malade quitta l'hôpital guéri, conservant seulement des cornets inférieurs encore gros, mais nullement polypeux.

Un an plus tard, il se représente à la clinique, se plaignant de ce que ses narines se bouchaient encore de temps à autre et alternativement, mais surtout de souffrir de maux de tête extrêmement pénibles, prédominant à gauche, tantôt vers le front, tantôt au vertex, presque toujours au fond des orbites. La rhinoscopie ne révèle aucune récidive ni des polypes ni des végétations; à peine un petit bourgeon mûriforme, du volume d'un pois, au voisinage de la queue du cornet moyen, immédiatement au-dessous d'elle, persiste-t-il comme vestige de l'ancienne tumeur.

En revanche, les cornets inférieurs sont toujours volumineux. Rien ne paraît suinter de la gouttière infundibulaire du méat moyen, bien qu'une coulée de pus blanchâtre recouvre la région caudale du cornet inférieur; un petit ruisseau de pus descend également du haut de l'arcade choanale gauche, sur l'amygdale pharyngienne. A la diaphanoscopie, le sinus maxillaire apparaît un peu obscur en arrière et en dehors, la lumière n'est pas perçue du côté gauche par le patient.

Soupçonnant une sinusite sphénoïdale ancienne, comme cause à la sinusite maxillaire récente, aussi bien qu'au bourgeonnement de la queue des cornets, on propose une intervention sur la cavité du sphénoïde, à travers celle du maxillaire; opération qui est acceptée de suite et pratiquée le 13 février 1901.

Opération. — Sous le chloroforme, sans tamponnement préalable de la choane, incision de la muqueuse de la fosse canine, dénudation de la face antérieure du maxillaire, attaque à la gouge de la paroi antérieure du sinus, qui est trouvée particulièrement épaisse et résistante. Une large rondelle osseuse réséquée, on rencontre la muqueuse sinusienne fortement congestionnée et sensiblement épaissie, mais nullement polypeuse. Rien ne s'écoule en fait de pus. Mais, en poursuivant le curettage, on trouve dans le récessus postéro-supérieur de l'antre, dont la paroi nasale offre une voussure interne exagérée, un amas végétant, du volume d'une noix à peu près, plus dur que des fongosités et de teinte rosée claire. Les végétations se détachent aisément de l'os; leur insertion couvre les deux tiers postérieurs du toit du sinus et, sur les parois nasale et ptérygo-maxillaire, la région avoisinant le récessus postéro-supérieur. Malgré l'imprévu de la découverte, on décide d'explorer le sinus sphénoïdal, et, pour ce faire, on résèque la paroi nasale de l'antre dans toute l'étendue du méat moyen; le cornet moyen est aussi supprimé en grande partie. Le corps du sphénoïde, vu de face, apparaît sain d'aspect; son ouverture à la pince coupante montre que sa cavité est saine également. Dans ces conditions, on se con-

refermer l'incision buccale, après tamponnement des deux
moyen de mèches iodoformées sortant par les narines.
assez simples, encore qu'un peu douloureuses. Le qua-
ur, la gaze est retirée, puis on fait dans le sinus maxillaire,
èche nasale, un lavage chaque deux jours. Le quinzième
renvoie le malade après avoir supprimé à l'anse froide quel-
beaux de muqueuse œdématiée, obstruant partiellement la
auche. La sécrétion séro-muqueuse, plutôt que purulente,
pas à diminuer d'abondance, puis à se tarir entièrement,
e persiste une très large brèche au niveau de la fontanelle
es maux de tête ont disparu, eux aussi, progressivement,
que s'effectuait la réparation de la plaie opératoire et que
ent les phénomènes inflammatoires consécutifs. Le malade,
le courant d'avril, est entièrement guéri, et les caractères
de la sécrétion nasale du côté gauche semblent indiquer
paration est complète à l'intérieur du sinus.

en de la tumeur. — La tumeur enlevée est de forme hémi-
e et d'un volume supérieur à celui d'une demi-noix; son
de forme allongée, mesure environ 10 millimètres sur 20.
e rappelle exactement l'aspect de certains papillomes laryn-
ype villeux ou foliacé; elle est, en effet, finement découpée
infinité de petits sillons qui la décomposent en mamelons
elles, tandis que des incisures plus profondes permettent
les divers lobules constitutifs de la masse néoplasique.
position ramescente s'accuse plus nettement encore sur
e axiale, qui fournit une figure assez comparable à celle
cette section sagittale du vermis cérébelleux. Sur une telle
est aisé de s'assurer à la loupe et même à l'œil nu, de la
prennent à la constitution du néoplasme, d'une part, le
soutien et, de l'autre, les formations épithéliales. Le
orme de minces tractus, de fines bandes occupant l'axe des
juxtaposés : la masse principale de ceux-ci se montrant
l'un tissu homogène de nature épithéliale.

le microscopique de coupes triplement colorées à l'héma-
haine acide et acide picrique confirme les indications four-
l'examen macroscopique. D'un tronc commun basal assez
vaisseaux se détachent, à la manière de rameaux, des
conjonctives, formées de fibres ondulées assez lâches, pau-
éléments cellulaires aussi bien fixes que migrateurs. Elles
ent une végétation épithéliale d'une exubérance qui
avec la pauvreté du support fibreux. Cet épithélium cons-
ute la tumeur un revêtement d'épaisseur assez uniforme,

toujours considérable, décuple au moins de celle du stroma; formé dans ses couches profondes d'éléments arrondis, ses cellules s'allongent en fuseaux dans la zone moyenne, tandis qu'elles revêtent à la surface la disposition cylindrique à cils. Nettement limitée superficiellement, comme elle l'est du côté du stroma, l'assise épithéliale se montre par places dissociée par de nombreuses lacunes arrondies, attribuables à l'infiltration œdémateuse, et dans les lacunes s'observent, contrairement à ce qui existe dans le conjonctif sous-jacent, des globules blancs en grand nombre. Les déformations, qui résultent pour les cellules épithéliales tant de leur tassement dans les assises profondes que de leur dissociation dans les couches superficielles par l'imbibition séreuse, reproduit bien l'aspect de l'épithélium atypique et provoque, à une inspection superficielle, le diagnostic d'épithélioma cylindrique. Il nous semble pourtant que le terme d'*adénome,* ou plutôt encore de *papillome muqueux*, répond mieux à la signification réelle de la tumeur.

Avant d'entrer plus avant dans la discussion de la place à attribuer à notre tumeur dans le cadre des néoplasmes sinusiens, relevons son évolution insidieuse et prolongée; elle répondait bien, en effet, à son siège profond et caché. Le récessus postéro-supérieur du sinus maxillaire, où elle se trouvait insérée, avoisine le trou sphéno-palatin, les nerfs et vaisseaux sphéno-palatins, avec leurs branches nasales moyennes.

Rien d'étonnant donc à ce que les maux de tête en aient imposé d'abord pour une sinusite sphénoïdale, le siège de la compression et de l'irritation causées par la tumeur correspondant bien à la localisation profonde, vaguement rétro-orbitaire, des douleurs. Mais ce fait montre le peu de valeur qu'il faut parfois attacher aux seuls symptômes subjectifs dans le diagnostic des sinusites postérieures, et relève d'autant l'importance des symptômes objectifs qui, seuls, paraissent devoir nous donner une certitude réelle.

La diaphanoscopie, pratiquée par deux fois, n'a rien donné de précis pour le sinus maxillaire, et ceci malgré l'épaississement de la muqueuse, qui serait, d'après tous les auteurs, la

condition la plus favorable et presque indispensable pour l'arrêt des rayons lumineux. Il faut reconnaître pourtant que cet épaississement hyperplasique de l'ensemble du revêtement muqueux de l'antre était loin d'atteindre au degré de tuméfaction et de dégénérescence qu'on observe dans les sinusites de vieille date. Remarquons surtout que la région la plus intéressée était située très en arrière, et que l'ombre portée devait échapper aux investigations diaphanoscopiques tant que le néoplasme n'avait pas atteint la région moyenne du plancher orbitaire.

Notons enfin, pour finir avec la partie clinique de notre observation, un détail qui sort un peu du cadre de notre travail, mais qui est assez d'actualité pour que nous y insistions. La voie suivie ici pour ouvrir le sinus sphénoïdal a été celle que l'un de nous a vu pratiquer en 1897, à la clinique de Jansen [38], et que recommandait encore récemment Furet [39], c'est-à-dire la voie transhighmorienne. Cette voie d'accès nous paraît excellente, à condition que l'on résèque *la totalité de la paroi nasale du sinus au-dessus de l'insertion du cornet inférieur*. Or, une telle résection, outre qu'elle intéresse nécessairement certaines branches importantes de la sphéno-palatine, expose encore à la déchirure le tronc même de l'artère, les branches efférentes du ganglion de Meckel et le ganglion lui-même du maxillaire supérieur dans le trou sphéno-palatin. La voie transmaxillaire pour l'ouverture de l'annexe sphénoïdale ne saurait donc, contrairement à la manière de voir de son auteur, être considérée comme un procédé applicable à la généralité des cas. Elle semble bien ne devoir répondre qu'à certaines indications précises, d'ailleurs très bien marquées par Furet, où la voie nasale est impraticable.

Revenons maintenant à la tumeur considérée en elle-même. Elle ne saurait être rattachée, comme nous l'avons dit plus haut, qu'à l'une des trois variétés suivantes : épithélioma cylindrique, adénome, papillome muqueux.

losses nasales partage avec tous les épi-
res de diffusion, d'infiltration, d'ulcéra-
i font totalement défaut dans notre cas :
muqueuse, du nez et de ses annexes n'a
pédiculisation, à la formation de polypes.
s cavités de configuration asymétrique,
tapissés de cellules atypiques, à tendance
ment muqueuse.
lont nous avons rencontré un cas pur au
de la cloison, apparaît sur une coupe
ration de petits kystes sphériques, régu-
s par pression réciproque, ou de tubes
intérieurement d'une assise d'éléments
isant exactement le type du tissu originel.
néralement bien limitée, parfois nette-
surface est lisse ou légèrement mame-
boisée. La vascularité est assez faible.
, nous l'avons vu, est très rare ou, du
el. Il est important tout d'abord de le
trophies papillaires inflammatoires, que
emment sur le cornet inférieur et, plus
son. Il ne saurait non plus être confondu
andl a figuré et décrit, tant dans la cavité
ie sur la muqueuse de l'antre, sous le
hie verruqueuse diffuse ou localisée.
eux vrai est caractérisé par une consis-
ne teinte ordinairement rosée, une sur-
res coniques ou lamelleuses. Son stroma
conjonctives rares, de matière amorphe,
éléments embryonnaires ; il est parcouru
sez nombreux. « La trame celluleuse est
le revêtement paraît reposer sur les vais-
rêtement épithélial, quand il est stratifié...,
nultiples dont les éléments affectent les
iées : ils sont ronds, ovoïdes, crénelés,

aplatis, fuso-cellulaires, multinucléés... » (Reclus, *Manuel de pathologie externe.*) Comme caractéristique clinique dans les fosses nasales, le papillome saigne au simple contact du stylet et sa teinte tire souvent sur le grisâtre.

Tous ces caractères, nous les retrouvons à la fois dans les végétations extirpées chez notre malade des fosses nasales, aussi bien que de l'antre d'Highmore. C'est, toutefois, la tumeur highmorienne seule qui offre dans toute sa pureté le type du papillome muqueux; la portion intra-nasale, ou plutôt choanale, du néoplasme, ayant vraisemblablement subi, du fait des irritations réitérées auxquelles l'exposaient son siège et les tentatives d'ablation dont elle avait antérieurement été l'objet, diverses modifications telles que l'hyperplasie des éléments conjonctifs et, comme conséquence, une configuration plus grossièrement papillaire. D'ailleurs, l'absence totale de repullulation des végétations nasales après plus d'une année confirme le pronostic histologique de bénignité et autorise l'espoir d'une guérison tout aussi définitive de la néoplasie antrale.

Si, pour nous, la variété de dégénérescence de la pituitaire à laquelle nous avons eu affaire ne saurait être considérée comme d'autre nature que la papillomateuse, nous ne ferons aucune difficulté d'avouer que de telles néoplasies offrent avec le cancer cylindrique et l'adénome (tumeurs malignes ou susceptibles de le devenir) des points de rapprochement qui pourraient passer pour liens de parenté. Mais nous en conclurons surtout qu'on se hâte trop peut-être, dans la pratique, de baptiser *épithélioma* toute tumeur végétante à prédominance épithéliale développée dans les sinus en général et plus particulièrement dans l'antre d'Highmore. Peut-être, si une étude plus approfondie était systématiquement pratiquée des végétations que ramène parfois la curette au cours de l'ouverture chirurgicale du sinus maxillaire, peut-être arriverait-on à cette conviction que la pituitaire, aussi bien dans les diverticules sinusiens qu'au niveau de la cavité nasale

coup plus accessible aux dégénérescences
plasies de mauvaise nature : conviction
es classiques et qui sauverait bien des
que mais fâcheuse difformité qui succède
s du maxillaire supérieur.

ssentiel sur lequel nous voulions attirer
t maintenant le processus pathogénique
générescence papillomateuse de la mu-
quoi, dans notre cas, la tumeur nasale
trai se sont-ils développés en des points
que face de la paroi nasale du sinus? et
rité de l'os, et sans que nous ayons pu
la continuation des deux portions de
e l'hiatus maxillaire? Il n'est évidemment
re. En tous cas, est-il permis d'émettre
irritation antérieure, qu'une rhinite
temps qu'elle aboutissait en certains
asales à l'hypertrophie polypoïde (cornet
égénérescence myxomateuse (cornets et
pu, en d'autres régions du nez, entraîner,
ans le segment sous-jacent des premières
le larynx, une autre forme d'altération,
lomateuse?

EX BIBLIOGRAPHIQUE

chrondrome et résection des deux maxillaires
le l'Est, 1898, n° 19).

iel. — Contribution à l'étude des kystes dentaires
r (*Rev. hebdom. de laryngol., etc.*, 1900, n°s 11

de des mâchoires (*Rev. de chir.*, 1888, p. 449).

Anatomie normale et pathologique des fosses
ezes, 1895.

servation d'un polype de l'antre. (*Berliner klin.*

logie et thérapeutique des sinusites. Vienne, 1899.
rès GRAVELLO[11].

8. **Max Schäffer.** — *Chir. Erfahrungen. in der Rhin* Wiesbaden, 1895.

9. **Wendell C. Phillipps.** — Épithélioma primitif de l'ant sur un polype (*The Journ. of laryngol.*, juillet 1896).

10. **Symonds.** — *Préparations de polypes de l'antre* (Soc. gol. de Londres, 8 mai 1895).

11. **Gravello.** — *Des myxomes du sinus maxillaire* (Soc. laryngol., 30 oct. 1897).

12. **Mayo Collier.** — *Un cas de polypes du sinus frontal* (de laryngol., 13 juillet 1894).

13. **Lambert Lake.** — *Un cas de distension du sinus m chez un homme de vingt ans* (Soc. de laryngol. de Londres, 1900).

14. **Dmochowsky.** — Entzündliche Processe des antrum l (*Archiv f. Laryngol.*, 1895, Band III).

15. **Heymann.** — Ueber gutartige Geschwülste der Highm (*Virch. Archiv*, 1892, Band CXXIX).

16. **Giraldès.** — Schleimcysten des Oberkiefers (*Virch. Ar* 463).

17. **Wernher.** — Ueber die Auftreibung des Sinus max., e *genbeks Archiv*, 1876, Band XIX).

18. **Virchow.** — *Berliner klin. Wochens.*, 1887, n° 13.

19. **Nolténius.** — 87 Fälle von seröser Erkr. der Oberki (*Monats. f. Ohrenheilk.*, 1895, n° 4).

20. **F. Semon.** — Acute infl. of the left antrum of Highm (*British med. Journ.*, 3 fév. 1894).

21. **Körner.** — *Seröse Ergüsse in der Kieferhöhle* (Naturfor z. Frankfurt a. M., 1896).

22. **Hammer.** — Vingt-deux tumeurs du maxillaire supérie régions avoisinantes (*Virchow's Archiv.*, 1895, vol. 142).

23. **Luc** — Contribution à l'étude du mucocèle du sinus fro (*Ann. des mal. de l'oreille*, 1890, n° 4).

24. **Burow.** — Mittheilungen aus der Chir. (*Prin. Clini.* 1876, p. 42, cité par Berger).

25. **Berger** et **Tyrmann.** — *Die Krankheiten der Keilbei und des Siebbein Labyrinthes.* Wiesbaden, 1886.

26. **Ollivier.** — *Sur les tumeurs osseuses des fosses nasal sinus de la face.* Paris, 1860.

27. **Bornhaupt.** — *Archiv f. klin. Chir.*, XXVII, p. 619.

28. **Moser.** — Contribution à la statistique des tumeurs d frontal (*Laryngoscope*, 1900, n° 5).

29. **Maisonneuve.** — *Gaz des hôpit.*, 1863, p. 438; — *Gaz. de* 1853, n° 85.

30. **Strazza.** — Contribution à la casuistique des tumeurs nas (*Ann. des mal. de l'oreille*, n° 4, 1899).

31. **Laurens.** — *Ostéome des fosses nasales, etc.* (Soc. franç 3 mai 1899).

32. **Wagner.** — Cité par M Schmidt, dans *Die Erkrank. d. twege.*

Fibromyxome du sinus maxillaire (*Rev. hebdom. de* 0, n° 35).

ibrom des Siebbeines mit pneumatischen Raümen. 892, p. 481).

British med. Journ., 20 oct. 1883, p. 775.

les tumeurs cartilagineuses (enchondromes) des se de Paris, 1897).

— Papillome dur de la muqueuse nasale et du sinus *v. hebdom. de laryngol.*, XVII, p. 1393).

Zur radical Operation chronischer combinirter enhöhlen der Nase (Congrès de Moscou, août 1897).

· Traitement de l'empyème sphénoïdal (*Presse méd.*,

, — Cité par BERGER et TYRMANN, p. 49.

. **Jacques.** — Traumatisme grave de la paroi interne sphénoïdale secondaire. Opération. Guérison (*Rev.* nv. 1900).

ES CONNAISSANCES MÉDICALES

DE KOENIGSBERG

Séance du 8 novembre 1900.

- Deux cas d'affection compliquée de ane *(Zwei Fälle von complizirten Mittelohrer-*

fillette de neuf ans est amenée à l'hôpital . pour des végétations adénoïdes, une hyper-ydales et pour une plaie béante de la grosseur nq pfennig remplie de granulations fongueuses située sur le bord postérieur de la mastoïde enne chronique purulente et fétide du même le l'opération on découvre sous le périoste un étroit qui conduisait dans la fosse cérébrale où un stylet explorateur ramène du pus fétide. de la fosse cérébrale postérieure suivie d'une e l'oreille moyenne. Le sinus transverse était nulations de mauvais aspect; l'antre, l'attique ent également remplis de fongosités. Période pyrétique et normale.

ne homme de quinze ans, atteint depuis son

enfance d'une suppuration chronique de l'oreille moyenne gauche avec des poussées aiguës de temps à autre. Le 18 septembre 1900, nouvelle poussée aiguë pour laquelle le jeune malade vient se faire traiter à la policlinique. On pratique une paracentèse du tympan gauche, suivie le lendemain d'une amélioration relative. Le malade ne revint plus à la consultation, mais le 2 octobre il a été amené à l'hôpital Sainte-Élisabeth dans un état de somnolence et d'apathie manifeste. Légère douleur spontanée dans la région occipitale. Température, 39°3. Nul autre symptôme intra-cranien; pas de rougeur, ni de gonflement de l'apophyse mastoïde et de la région occipitale; pas de douleur à la pression. A aucun moment il n'y a eu de frissons. Suppuration abondante de l'oreille gauche.

Opération. — Incision en T derrière le pavillon. Mise à nu du sinus transverse. Du pus s'échappe de l'espace épidural qui est parsemé de fongosités. Un trajet fistuleux conduit dans le sinus transverse d'où s'écoule une matière purulente. Ligature de la veine jugulaire gauche; ouverture et évidement du sinus thrombosé. Pour finir, trépanation de la mastoïde avec curettage de la caisse, tout en ménageant le tympan bien conservé. Après une nouvelle reprise de la fièvre, mise à nu et ouverture du sinus jusqu'au foramen jugulare. Période post-opératoire normale.

M. Leutert fait observer que les cas de thrombose sinusienne ne sont pas très rares. Dans l'espace de trois ans, il en a observé 9 cas.

M. Jerosch dit qu'il ne rapporte ses cas qu'en raison de la grande rareté de la thrombose sinusienne par rapport au grand nombre de suppurations chroniques de l'oreille moyenne. Les abcès extra-duraux sont beaucoup plus fréquents que la thrombose du sinus. (D'après *Deuts. med. Wochens.*, nº 3, 17 janvier 1901.)

Trivas.

REVUE GÉNÉRALE ET ANALYSES

BOUCHE ET PHARYNX BUCCAL

Des angines à bacilles fusiformes *(Ueber Anginen mit fusiformen Bacillen)*, par M. le Dr Beitzke.

Après avoir décrit le tableau déjà connu de l'angine ulcéreuse (affection unilatérale de l'amygdale, avec symptômes généraux peu prononcés, mais avec une réaction locale intense, disparaissant à la suite de l'élimination du dépôt et formation d'une ulcération plate qui guérit sans cicatrisation), l'auteur donne quelques détails bactériologiques concernant une affection caractérisée par la présence dans la préparation d'une grande quantité de bacilles longs, élégants, pointus à leurs deux extrémités, et de longs spirilles. Ce tableau bactériologique a pu être obtenu 5 fois sur 58 préparations envoyées à l'Institut des maladies infectieuses de Halle et appartenant à des malades chez lesquels on soupçonnait la diphtérie ; dans un de ces cas, les spirilles faisaient défaut. Les essais de culture sur du sérum sanguin coagulé et dans du bouillon n'ont donné aucun résultat, peut-être parce qu'on avait laissé s'écouler un intervalle trop long entre la réception des préparations et l'examen des cultures. L'auteur ne se prononce pas sur la question de savoir si les microorganismes en question, les bacilles fusiformes en particulier, constituent le principal agent étiologique de l'affection dont il s'agit, et cela, parce que les essais de culture pure et les expériences sur les animaux n'ont jusqu'ici donné aucun résultat positif. Il met également en doute l'opinion de Stoeklin, d'après laquelle les bactéries pathogènes connues prépareraient le terrain sur lequel se développeraient les bacilles fusiformes, qui élimineraient ensuite complètement les microorganismes primitifs ou du moins en atténueraient considérablement la virulence, pour assumer à leur tour le rôle de microorganismes pathogènes. L'auteur ne croit pas non plus à l'identité de ces microorganismes avec ceux trouvés par Slitz dans différentes parties des voies respiratoires et digestives, ni avec ceux trouvés par Vincent dans la diphtérie des plaies. Une question beaucoup plus importante est celle de

savoir si les bacilles fusiformes et les bacilles de la diphtérie s'excluent mutuellement, c'est-à-dire si la présence des premiers dans la préparation possède une importance quelconque au point de vue du diagnostic différentiel. L'auteur répond à cette question d'une façon négative : il a notamment observé un cas où se trouvaient simultanément des bacilles de la diphtérie et des bacilles fusiformes ; or, les premiers, cultivés et inoculés à des animaux, se sont montrés tout aussi virulents que dans les cas où on les trouve seuls, non associés aux bacilles fusiformes. La présence de bacilles fusiformes ne permet donc pas d'exclure la possibilité d'une affection diphtérique, mais peut servir à l'occasion de moyen assez précieux pour le diagnostic différentiel de différentes formes d'angines. (*Münch. med. Wochens.*, nº 25, 1901.)

Dr JANKELEVITCH.

Épithélioma de la langue chez une femme (Société des sciences médicales de Lyon).

M. PIOLLET présente une malade de trente-sept ans, qui est porteur d'une petite tuméfaction ulcérée siégeant à la partie moyenne du bord droit de la langue. Pas de ganglions. On peut écarter l'idée de chancre syphilitique ou d'ulcération tuberculeuse. Il s'agit très probablement d'un cancer de la langue : affection assez rare chez la femme. Après l'ablation, l'examen histologique sera pratiqué. (*Lyon méd.*, mai 1901.)

Dr G. DUPOND.

NEZ ET PHARYNX NASAL

De l'hydrorrhée nasale *(Istetchenie vodjanistoï jidkosti iz nossa)*, par le A. F. EKKERT.

La malade, âgé de trente-neuf ans, vint pour la première fois, le 21 novembre 1899, consulter l'auteur pour des accès de fièvre et un malaise général dont le début remontait à un mois. Une vingtaine de jours auparavant, étant à table, elle éprouva un picotement dans le nez et constata en même temps qu'un liquide aqueux s'écoulait du nez. Toute la journée, elle dut recourir sans cesse à son mouchoir. Depuis, apparition d'une bronchite avec toux opiniâtre. Mais c'est

t nasal qui tourmentait la malade; il lui
· la tête et aussitôt apparaissait le flux,
outte à goutte, tantôt en flot.

la mère avait été hystérique, présentait
nomènes vagues, mal définis d'hystérie.
er longtemps pour une rhinite chronique
l'influence du traitement et a eu en 1895
de grippe. A l'auscultation, on trouva un
la respiration au sommet gauche et des
même côté. Les autres organes internes
particulier. Températures : le matin 38°8;
la journée 38°8. Appétit conservé; som-
interrompu par la toux et l'écoulement
l'oreiller. Les élévations de la température
ement, entre cinq et six heures du matin,
de violents frissons, d'une recrudescence
abattement général, et se terminaient sou-
es sueurs. Quoique l'examen des crachats
bacilles de Koch, mais en présence des
nonaires et des accès de fièvre, l'attention
rtée sur l'appareil respiratoire sans ajouter
rtance à l'écoulement nasal. L'absence
Laveran dans le sang a permis d'éliminer
es paludéennes, rendue probable par un
la malade au Caucase.

sentait les particularités suivantes : Il deve-
peu avant l'élévation de la température,
celle-ci établie, et reprenait ensuite ses
ires. Il se faisait principalement par la
ment. Cependant, si la malade demeurait
ête droite et l'abaissait ensuite, le liquide
t quelques secondes des deux narines,
de la narine droite cessait bientôt, tandis
e, le flux continuait d'abord en flot, ensuite
ttes qui devenaient de plus en plus rares;
alade tenait sa tête penchée, l'écoulement
lu tout, et il ne cessait que lorsqu'elle
n'y a jamais eu d'infection des yeux, ni

rougeur du nez. Pas de sensations subjectives, ni éternuement, ni chatouillement dans le nez. La malade ne sentait la goutte s'écouler que lorsqu'elle arrivait à l'orifice extérieur du nez. La quantité de liquide qui s'écoulait dans les vingt-quatre heures s'élevait ordinairement à 120 grammes. Le jour et la nuit n'avaient d'influence sur son abondance qu'autant qu'ils étaient liés à des mouvements et à des occupations : tout travail, toute occupation, quels qu'ils fussent, augmentaient manifestement la quantité de liquide écoulé ; par contre, elle diminuait par le repos.

En janvier 1900, exacerbation de la fièvre et bronchite généralisée grave avec expectoration purulente dont l'intensité était en raison directe de l'intensité des accès fébriles. Après une série d'élévations thermiques, depuis fin janvier jusqu'à la mi-mars 1899, accompagnées de phénomènes pulmonaires mentionnés plus haut et d'oscillations dans la quantité de liquide écoulé, la malade ressentit une grande lassitude morale à cause de ce flux permanent qui la condamnait à une inactivité complète et la forçait à passer son temps entourée de mouchoirs et de serviettes.

L'idée d'une exagération de la sécrétion lacrymale s'écoulant dans la cavité nasale a dû être éliminée, car l'occlusion prolongée de l'orifice d'entrée du canal lacrymo-nasal n'a nullement modifié l'abondance de l'écoulement par les narines. L'examen des yeux et des oreilles n'a révélé rien de particulier. Pas d'anomalies dans la configuration du crâne, ni dans sa sensibilité à la percussion. Ouïe, odorat et goût normaux ; réflexe pharyngé conservé ; réflexes tendineux et cutanés légèrement exagérés sur la moitié gauche du corps.

L'examen du nez, pratiqué depuis l'apparition de l'hydrorrhée par le Dr Jacobson, a montré une muqueuse rose pâle, d'aspect normal et sain, les fosses nasales étaient libres ; nul gonflement, ni tuméfaction.

Un séjour de quatre mois au bord de la mer a amené une amélioration notable dans l'état de la malade : il n'y a plus eu d'hyperthermie, au moins appréciable sans mensuration ; la toux s'est beaucoup amendée ; l'écoulement a diminué au point que la malade pouvait rester quelques heures sans recourir au

t appétit bons. Peu de jours après son
bourg, réapparition de la fièvre et de la
t redevenu abondant et dure depuis avec
lans la quantité.

colore, limpide, légèrement opalescent
; pas de mucus, mais des traces d'albu-
n'a décelé que des groupes isolés de
les rouges et des cellules épithéliales

nalyse du liquide :

que.	1oo63
es	0,96 o/o
ux	0,83 o/o
re de sodium . . .	0,70 o/o
le calcium.	très peu.
s phosphorées. . .	néant.
. . . . .	0,025 o/o
. . . . .	néant.
. . . . .	néant.

nowski, ayant examiné la malade et pra-
ansparence, s'est formellement prononcé
ne tumeur ou d'une accumulation de
ans l'antre d'Highmore. Il constata de
isser la tête à la malade, on voyait appa-
l'espace compris entre la cloison et le
fait, selon M. Simonowski, doit faire
e l'écoulement dans le sinus sphénoïdal.
traitements banals, locaux et généraux
ffet. De même, la suggestion à laquelle
e de plein gré est restée sans résultat.

ar l'ensemble de ses symptômes, le cas
ble aussi peu aux cas décrits jusqu'à
se ressemblent entre eux. Parmi ses
levons noter : l'absence de phénomènes
toute sensation plus ou moins nette,
ont font mention la plupart des auteurs,
ant chaque flux et disparaissaient avec
imiques et physiques du liquide dans le

cas de l'auteur russe ne ressemblent pas à celles que M. Freudenthal, de New-York, considère comme caractéristiques de la rhinorrhée céphalo-rachidienne et notamment la présence de sucre, qui faisait ici défaut. D'autre part, si l'on se place au point de vue de M. Freudenthal, le liquide de la malade du Dr Ekkert ressemblait encore moins au liquide de l'hydrorrhée nasale dont les caractères essentiels sont : poids spécifique 1015, présence de beaucoup de mucus, aspect trouble du liquide et réaction faiblement alcaline. En dehors de l'hydrorrhée, deux autres phénomènes attirent l'attention dans le cas qui nous occupe : ce sont les accès de fièvre et la toux dont l'apparition a nettement coïncidé avec le début de l'écoulement. Pour M. Ekkert, ces deux symptômes n'étaient pas une simple coïncidence, mais affectaient des rapports définis avec le flux nasal. En ce qui concerne la toux, il est possible, probable même, que le liquide s'écoulant du nez dans le larynx y provoquait de la toux par voie réflexe. Il est beaucoup plus difficile d'expliquer la cause des accès de fièvre et des élévations thermiques dont la courbe était typique d'une rétention de pus ou d'un foyer purulent profond, mais les résultats négatifs des examens répétés des urines plaidaient contre une telle hypothèse. Les manifestations du côté des bronches et des poumons ne pouvaient guère non plus donner lieu à cette hyperthermie.

Quoi qu'il en soit, si l'auteur russe n'est pas parvenu à élucider complètement cette question, il n'en admet pas moins chez sa malade une relation étroite entre les élévations de la température et l'écoulement nasal. (*Vratch*, nos 5 et 6, 1901.)

TRIVAS.

LARYNX ET TRACHÉE

Dothiénentérie compliquée de lésions pseudo-membraneuses du larynx, par M. DUVERGEY.

Un jeune homme, soigné pour une fièvre typhoïde grave, semblait présenter une laryngite catarrhale assez peu importante. Les jours suivants, les symptômes s'accentuèrent : toux rauque, respiration difficile, déglutition pénible. On pensa à du laryngo-typhus. Le malade succomba presque brusquement

nstata l'ulcératio
ouva des fausses
ue dans les pneu
œdème des tissu
sence de térében
e sans réaction
nostic fatal. (So
01 ; *Gaz. hebdo*

D

---

ison par suggest

ıme présentant
ıite d'une vive
ıone. On eut rec
ages à l'éther pi

bservation de q
oubles du langa
Les différents tr
t ce qui expliqu
u *Nord*, mai 190

---

e avec complica
t mois (Soc. de n

le de dix-huit n
de sa maladie,
arqués au début
étouffée. Plus ta
ant de cornage la
yxie imminente,
enfant succomba
ıs le larynx, au-
droite, vers la pa
aire, qui commu
: un minuscule

trois ou quatre petits foyers du volume d'un grain de réunis entre eux et situés dans l'espace inter-aryt correspondant.

Il est très probable que les accidents laryngés ont été par l'œdème des cordes vocales, provoqué par le voisi petit foyer inflammatoire. (*Rev. méd. de l'Est*, mai 19

Dr G. Dur

Sur un cas de trachéocèle, par le Dr Magnan.

M. Magnan rapporte le cas d'une de ses malades, cinquante-deux ans, qui se présenta à lui porteu tumeur du cou molle, rénitente, distendue pendant u ration forte, disparaissant dans l'extension forcée de l fit le diagnostic de trachéocèle, conseilla la compression, le repos et une solution iodobromurée. Peu à peu, le volume de la tumeur diminua, et quand l'auteur revit sa malade, cinq mois après, tout avait disparu depuis environ deux mois. Cette observation présente une particularité intéressante : c'est qu'il y a trente ans environ, chez la même malade, une tumeur mal définie au cou s'était également développée, sans rougeur ni douleur, tumeur que l'on incisa sans rien trouver. Il se pourrait qu'on se soit trouvé, à ce moment en présence d'un cas analogue à celui pour lequel la malade est allée consulter son laryngologiste.

L'auteur accompagne sa relation de quelques mots sur l'étiologie, la symptomatologie et particulièrement le traitement des trachéocèles. (*Touraine méd.*, 15 juillet 1901.)

Dr G. Liaras.

OREILLES

Surdité consécutive aux oreillons *(Deafness following mumps)*, par le Dr Patrick Dempsey.

Il s'agit d'un jeune homme de dix-sept ans, qui consulta le Dr Dempsey pour une surdité de l'oreille droite; il lui rappela que, cinq semaines auparavant, il avait été atteint des oreillons, pour lesquels il avait été soigné pendant trois semaines; le sixième jour il éprouva des bruits dans son oreille, ainsi qu'une surdité assez considérable, mais il n'eut ni douleur ni vertige;

ntinuèrent à s'aggraver sans rémission jus-
il vint consulter l'auteur. Son acuité auditive
intacte auparavant. Le tympan était légère-
à peu près normal, et l'examen fonctionnel
agissait d'une maladie du labyrinthe. Après
ement, il ne se produisit aucune amélioration,
ation appliquée. L'auteur rappelle que ces
: rares; le cas qu'il cite rentre, du reste, dans
observations de ce genre.

---

te séreux du pavillon de l'oreille *(A serous*
, par M. R. Lake.

homme d'environ trente-cinq ans, vint con-
ır une tumeur du pavillon de l'oreille gauche,
se de l'anthélix et mesurant 1 pouce 1/4 de

. tumeur remontait à quatre semaines. Elle
forme d'une petite masse, très mobile, du
pois; son développement, d'abord lent, devint
plus rapide. La peau recouvrant la paroi
oloration légèrement foncée, pas très tendue,
sparente, mais sans limites très nettes. Une
issue à un liquide jaunâtre qui ne contenait
illots, ni sous toute autre forme. (*Journ. of*
fév. 1901.) Trivas.

---

iome du conduit auditif externe (nævus
r **l'électrolyse,** par le Dr L. Egger.

te l'observation d'une jeune fille de seize ans
ois, se plaint de douleurs dans l'oreille droite,
it de se moucher et pendant la mastication.
constate une petite tumeur, du volume d'un
partie postéro-inférieure du conduit cartila-
le coloration violacée par place, légèrement
loureuse au stylet, et ne se réduisant pas à la
de de la traiter par l'électrolyse.
fut très efficace : il suffit, en effet, de six
se à une intensité très faible (au maximum

3 milliampères) pour réduire à zéro une tumeur du volume d'un pois, c'est-à-dire obstruant une grande partie du conduit.

L'angiome du conduit auditif externe est excessivement rare, et c'est par là surtout que cette observation est intéressante. (*Ann. des mal. de l'oreille*, avril 1901.) Dr G. Dupond.

VARIA

Un cas de maladie de Basedow sans goitre apparent, par le Dr Goris, de Bruxelles.

Sous ce titre, l'auteur rapporte une observation de goitre exophtalmique fruste où l'hypertrophie cardiaque était le seul grand symptôme marquant.

Le cou avait son volume normal, et la palpation ne révélait pas d'hypertrophie du corps thyroïde. Cependant la respiration, courte, rapide, bruyante, faisait immédiatement songer à une sténose laryngée ou trachéale.

L'examen laryngoscopique montra effectivement une trachée aplatie d'avant en arrière en fourreau de sabre, et la corde vocale gauche immobile en tension. Ce signe très net de tumeur antéro-latérale du cou étreignant la trachée joint aux autres symptômes basedowiens (tremblements, vapeurs, transpirations), découverts chez le malade, fit porter le diagnostic de goitre exophtalmique, malgré l'absence de goitre apparent.

L'opération confirma le diagnostic. M. Goris trouva au-devant de la trachée, la contournant et descendant un peu derrière le sternum, un goitre aplati, du volume d'une mandarine, qui fut extirpé. On ne toucha pas au lobe droit du corps thyroïde. La trachée reprit aussitôt son calibre normal.

Un mois après l'opération, les troubles respiratoires avaient disparu ainsi que les signes basedowiens, sauf cependant l'hypertrophie cardiaque, qui persistait encore au bout de trois mois.

Ce cas est intéressant, parce qu'il montre l'importance que peut avoir, dans certains cas de forme fruste de maladie de Basedow, l'examen laryngoscopique comme élément de diagnostic. (Extr. des *Ann. de la Soc. belge de chir.*, n° 8, 1900.)

Dr E. Lafarelle.

Bordeaux. — Impr. G. Gounouilhou, rue Guiraude, 11.

22e ANNÉE. N° 35. 31 AOUT 1901.

REVUE HEBDOMADAIRE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

L'EXAMEN DES VOIES AÉRIENNES SUPÉRIEURES
CHEZ LE SOURD-MUET[1]

Par le Dr **A. JOUSSET**, de Lille.

Médecin d'une institution de sourds-muets, depuis l'année 1885, nous avons pu examiner un certain nombre des sujets confiés à nos soins et chercher à élucider certains points de l'histoire physiologique de ces déshérités.

Les enfants que nous suivions sont enseignés par la méthode orale; nous nous sommes demandé si le larynx de nos silencieux ne présentait rien de particulier, si les résonateurs sus et sous-glottiques étaient bien conformés, si l'examen détaillé de ces parties pouvait expliquer la voix du sourd-muet...

Laissez-nous exposer le résultat de quelques-unes de nos recherches.

1° *Examen du larynx.* — Une première impression, en regardant au laryngoscope un groupe sérieux de sourds-muets de neuf à dix-sept ans, est que l'organe a le même volume que celui des enfants et des adolescents entendants. Les tissus paraissent seulement empâtés comme chez les lymphatiques.

1. Travail communiqué à la Société française de laryngologie, mai 1901.

Différentes mensurations pratiquées pour avoir une idée de la hauteur et de la largeur des cartilages thyroïde et cricoïde, pour juger par là de la voix que pourraient avoir les sujets, ne nous ont rien donné de précis.

L'épiglotte, assez volumineuse, surtout chez les jeunes sujets, était fréquemment entourée par une amygdale linguale développée sur les côtés. Le bourrelet aryténoïdien était fort et se continuait souvent par des replis volumineux. L'épiglotte et le bourrelet paraissaient soulever le larynx et former un entonnoir au-dessus des cordes nasales.

Cependant, dans un groupe de 83 sourds-muets, âgés de huit à dix-huit ans, nous n'avons pas trouvé plus de 20 sujets qui n'eussent pas le larynx assez largement ouvert; surtout à partir de neuf ou dix ans, époque à laquelle les muscles du larynx commencent à se mieux développer, à accentuer la forme de l'organe jusqu'à ce que la puberté donne une poussée nouvelle dans le développement.

Nous avons constaté, chez un certain nombre, plus souvent chez les jeunes, un allongement marqué dans le sens antéro-postérieur. L'organe paraissait pincé sur les côtés et forcé de prendre la forme allongée.

Les cordes vocales chez les quelques sujets qui nous ont permis d'examiner leur larynx, au moment de l'émission d'un son, nous ont paru se rapprocher imparfaitement, et, quand nous faisions des remarques, se recouvrir dans l'effort que faisait l'élève.

Le sourd complet, on devait s'y attendre, n'est pas maître des mouvements de ses cordes vocales.

Des observations plus précises pourraient mieux renseigner; mais nous devons faire remarquer que les élèves des institutions de sourds-muets sont très ombrageux et se prêtent mal aux examens.

2° *Mouvements respiratoires. Spirométrie.* — Nous venons de constater qu'il n'y avait pas toujours tension suffisante des cordes vocales, une des conditions pour la production

de la voix. Examinons s'il y a une intensité suffisar le courant d'air expiré, autre condition absolue.

Quand les enfants sourds-muets entrent dans les ils ne savent pas respirer; ils n'ont pas appris à écou emmagasiné dans leurs poumons. Un examen atte constater qu'ils ont plus de mouvements respiratoi minute que les enfants de leur âge, que la poitrine moins.

La comparaison entre les groupes est facile d maisons où les sourds-muets vivent avec les aveugl

La spirométrie est inférieure chez les silencieux p périmètre donné.

Les exercices gymnastiques, qui apprennent au t se dilater, à fonctionner, à se vider régulièrement, être imposés aux sourds-muets. Les exercices spirom complètent. Ces derniers apprennent à prolonger la la rendre moins cadencée, moins monosyllabique; ils le poumon à se vider avec douceur ou violence, produit chez l'enfant ordinaire toute l'échelle des *piano* au *forte*.

On comprend qu'il est nécessaire que l'air arri une certaine force sur des cordes vocales molles e ment tendues pour produire des sons. Mais le peu de donne une voix nulle ou rauque. Lorsque le profess faire comprendre à l'élève qu'il doit faire un effo amener une tension, ce dernier, par inexpérience, pa sibilité d'entendre les sons émis, tend souvent les c façon exagérée et rend la voix criarde.

Dans les premiers temps de l'enseignement oral, est souvent voix de tête ou de fausset, parce que, mouvements saccadés, le pharynx se contracte, tan le larynx est relâché.

La voix varie aussi à chaque instant, parce que l ne s'entend pas et qu'il ne peut maintenir sa glotte a degré de contraction pour que le nombre des vibrat

constant pendant tout le temps que le son est émis, — ce que l'on appelle tenir le son, — parce que le sourd ne diminue pas la tension à certains moments pour donner la nuance du son.

L'enfant ne s'entendant pas parler, il est difficile qu'un certain degré de suppléance entre la force de l'air expiré et la tension anormale des cordes puisse s'établir.

3° *Production de la voix.* — Après quelque temps d'instruction par la méthode orale, les sourds-muets se présentent avec une voix variable.

Dans un groupe de 35 élèves de neuf à seize ans, nous avons pu constater :

Voix inarticulée, non intelligible.	2
Voix saccadée, monosyllabique	4
Voix couverte	11
Voix intelligible	18

La forme du larynx peut-elle renseigner sur la nature de la voix?

L'examen laryngoscopique ne donne pas de renseignements précis. Le classement d'après les images ne répond pas au classement établi par le professeur.

Cela provient probablement de ce que, dans la voix normale, la vocable et la note laryngienne sont fonctions l'une de l'autre, et que le sourd-muet n'est éduqué que pour la vocable. L'enseignement oral, ainsi que l'a fait remarquer Hamon du Fougeray, ne cultive que la gymnastique de cette vocable; il ne fait rien pour le larynx.

Ne possédant que des connaissances imparfaites en musique, nous avons demandé aux professeurs de l'établissement de nous fixer sur le timbre des voix et sur la note musicale donnée dans l'émission de la voix. Les voix d'alto sont les plus fréquentes. Sur 21 sujets observés en 1897, nous n'avions qu'un baryton et un soprano, tous les autres étaient voix d'alto. Il nous semble que la gymnastique rythmée, demandée aux enfants sourds-muets pour les

nonciation, limitée aux mouvements des
ngue, des mâchoires..., en un mot, aux
nce, est la principale cause du timbre,
. L'absence totale de notes laryngiennes
s sourds-muets les fait souvent parler sur
vec le même timbre.

note musicale montre que la prononciation
faire baisser le ton. Dans l'espace de trois
le 10 sujets observés plus spécialement a
ions et une augmentation. La voix de cer-
de plusieurs tons. De plus, le timbre avait
ques-uns.

sus-glottiques. — Le son laryngien se
foule de cavités : pharynx, bouche, nez.
ent varier dans leur forme, leur capacité,
içonner, harmoniser ou changer la voix.

enfants que nous avons examinés nous a
vent largement ouvert. Sur 83 personnes,
vé que 23 pharynx de capacité moyenne.
levée, la cavité était fort large dans 16 cas.
parois indiquaient un état catarrhal pro-
elques cas, de nombreuses granulations
gêner les mouvements du voile et contra-
de la partie supérieure du pharynx. Le
lans les fosses nasales altérait le timbre de
brissait. La pharyngite devait aussi com-
es parois si nécessaire, puisque le pharynx
ur se modifier à chaque instant, afin de
s notes, ou afin de renforcer, dans une
les harmoniques élevées, soit les harmo-

parties de l'anneau de Valdeyer sont fré-
trophiées. Les amygdales palatines sont
s la plupart des cas, elles obstruent la
sont développées des deux côtés.

L'amygdale linguale est souvent fort étalée. Il est bon de rappeler que les sujets sont dans la première jeunesse, époque de la vie dans laquelle cet organe atteint son développement le plus grand.

L'amygdale pharyngée est fréquemment hypertrophiée. Nous ne pouvons fixer ici un quantum, parce que les élèves des institutions se prêtent difficilement au toucher et à la rhinoscopie postérieure.

Le voile du palais est, dans beaucoup de cas, très mou dans sa partie libre, fermant par conséquent incomplètement les fosses nasales, d'où une certaine gêne pour l'émission de quelques voyelles, surtout les nasales. La forme de la partie antérieure est moins souvent en ogive qu'on pourrait le supposer d'après le développement des adénoïdes. Nous n'avons relevé la forme ogivale que dans 20 cas, c'est-à-dire dans la proportion de 24 o/o ; mais, dans 12 cas, la forme était des plus accentuées; chez les autres sujets, le voile était long, très élevé.

La luette était le plus souvent très développée et largement étalée.

Les dents, comme cela se présente chez les adénoïdiens, étaient souvent mal placées. La langue paraissait gauche, épaisse, peu mobile.

Il reste à examiner le nez. La respiration nasale était souvent très courte. Les expériences faites avec le pulsomètre indiquent que la circulation de l'air est fort défectueuse. Or, chez tous ceux qui ont perdu la respiration nasale, qui respirent principalement par la bouche, il y a insuffisance du courant inspiratoire, surtout pendant le sommeil, parce que le voile du palais retombe inerte sur la langue, opposant ainsi un obstacle à l'entrée de l'air. Les personnes luttent alors pour respirer; elles arrivent, dans la veille, à être fort vite essoufflées; elles sont incapables de se livrer à un exercice musculaire un peu violent; elles perdent ainsi le

sommeil et se réveillent fréquemment en sursaut avec de l'apnée.

La faiblesse de la voix, la fatigue des muscles thoraciques sont conséquences forcées de cet état.

L'examen des fosses nasales chez nos 83 sourds-muets nous a montré des cornets inférieurs volumineux dans plus de moitié des cas, des cornets moyens assez développés dans 15 cas.

La cloison, épaissie en différents points, mais le plus souvent dans sa partie supérieure, diminue la capacité des fosses nasales, gêne la circulation de l'air dans les parties élevées. Dans quelques cas, des éperons complètent l'obstruction d'un des côtés.

Quand on joint à cela la congestion de la muqueuse qui s'épaissit, on comprend combien la diction doit être gênée. La voix est le plus souvent couverte avec des sons un peu criards. Les voyelles nasales se confondent facilement.

Il serait donc nécessaire, dans un grand nombre de cas, que le médecin pût intervenir pour modifier plusieurs de ces impedimenta, en indiquant une gymnastique raisonnée, en agissant médicalement ou chirurgicalement. Malheureusement les directeurs des institutions, les professeurs et les élèves se prêtent peu à cette intervention. L'administration autorise rarement le médecin à surveiller le sourd-muet, à le faire bénéficier des découvertes faites par la science moderne. Il y aurait cependant avantage, comme l'ont fait remarquer les médecins italiens en 1897, les médecins allemands en 1898, les congressistes de Munich en 1900, à ce que le spécialiste eût plus largement entrée dans les institutions de sourds-muets.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE L'ÉNANTHÈME PHARYNGIEN
DANS LA SYPHILIS SECONDAIRE[1]

Par le Dr **E. THOLLON**, de Toulouse.

D'après les syphiligraphes les plus autorisés, la première manifestation des accidents secondaires dans la syphilis serait la roséole; les plaques muqueuses n'apparaîtraient que plus ou moins longtemps après l'exanthème cutané. L'ordre de succession est tel, en effet, dans la majorité des cas; mais, parfois, les plaques peuvent devancer la roséole ou du moins se manifester en même temps que celle-ci. Il en est de même de l'énanthème vermillon du pharynx, et je désirerais, dans ce modeste mémoire, attirer l'attention des praticiens sur cette forme très discutée, il est vrai, de syphilis secondaire, mais qui n'en existe pas moins d'une façon certaine.

Tout d'abord, remarquons que cet énanthème pharyngien a été nié par nombre de syphiligraphes. C'est ainsi que le professeur Fournier, dans son traité, écrit que l'on a noté comme accidents de syphilis secondaire un érythème vermillon du voile palatin, mais « cela mérite à peine d'être cité ». Et plus loin : « On a encore observé un érythème diffus de l'isthme, cependant je n'ai osé croire que cela pût être de la syphilis. » — D'un autre côté, les laryngologistes sont moins intransigeants et admettent l'existence de cet érythème. C'est ainsi qu'Escat, dans son *Traité des maladies du pharynx*, réserve une place à cette manifestation parmi les syphilides secondaires. Cette divergence d'opinions ne dépendrait-elle pas de ce fait que les laryngologistes sont appelés, de par leur spécialité, à examiner les lésions buccales et pharyngées plus fréquemment que leurs confrères syphiligraphes? Lorsqu'on souffre de la gorge, on ne pense guère, la plupart du temps,

1. Travail communiqué à la Société française de laryngologie, mai 1901.

yphiligraphe; et que de fois le chancre initial

avail d'ensemble sur la question est la thèse
, 1890), faite sous l'inspiration du professeur
eur rapporte sept observations d'énanthème,
remières manifestations secondaires ou ayant
es. Mais il est un point que Benoist n'a pas
t que je tiens à faire ressortir : c'est que cet
de souvent la roséole, les plaques muqueuses,
es caractères objectifs spéciaux, faire porter
syphilis avant l'apparition des autres acci-
de secondaire. J'apporterai à l'appui de ma
tre observations, dont deux sont dues à
ance de mon excellent confrère le Dr Escat,
deux autres sont personnelles.
l'oro-pharynx d'un malade atteint d'énan-
e, ce qui frappe le plus, c'est la coloration
vermillon de l'éruption, tranchant nettement
âle de la muqueuse normale environnante.
ut se présenter sous deux formes : ou bien
des plaques à contours sinueux, géogra-
ce assez étendue, séparées par des ponts de
; ou 2° l'on constate que tout le pharynx est
té par l'énanthème : amygdales palatines,
roi postérieure présentent la teinte rouge vif
t, fait curieux, le bord de l'énanthème, au
du palais, se termine nettement, en ligne
mètre et demi environ du bord libre. Comme
dit, l'éruption se termine, en ce point, en
u ». Le vestibule laryngien montre, d'ordi-
coloration, et, enfin, la face supérieure du
ent être atteinte en partie. La limitation des
itement tranchée dans l'une ou l'autre

, au niveau de la lésion, semble un peu

épaissie, augmentée de volume, légèrement tomenteuse et veloutée, en sorte que l'énanthème paraît en saillie, surélevé par rapport aux tissus environnants.

La langue et les autres parties de la cavité buccale sont indemnes. Pas d'adénopathie cervicale ou sous-maxillaire, sauf, bien entendu, le cas de chancre buccal. Enfin, un symptôme négatif, auquel j'attache la plus haute importance au point de vue diagnostique, c'est l'absence complète de fièvre. Les malades atteints d'« angine secondaire syphilitique » ne sont point fébricitants, contrairement à ce qui se passe dans les affections pharyngées aiguës.

A l'examen subjectif, on apprend que le malade se plaint de dysphagie persistante, mais peu accentuée : il ne ressent pas de vives douleurs, il ne souffre pas spontanément, mais ce qui le tracasse, c'est une sensation de cuisson, de picotement, de gêne au passage du bol alimentaire. Et c'est plutôt la tenace continuité de son affection que la douleur qui l'oblige à consulter un médecin. Tous les mets irritants et épicés, les boissons alcooliques sont déglutis plus difficilement. L'état général peut être touché, et l'on observe souvent de l'abattement, de la dépression physique et morale, comme on le remarque souvent au début de la syphilis secondaire.

L'apparition de l'énanthème est d'ordinaire précoce. Elle paraît suivre l'accident initial à peu de jours près, et peut même se manifester alors que celui-ci n'a pas complètement disparu (obs. IV). Il me paraît même que, dans les cas de chancre buccal, il n'y a pas de période de transition : l'énanthème coexiste avec le chancre et semble plus étendu et plus caractéristique.

La durée en est très variable : de deux semaines à un mois environ. Mais un fait que l'on doit signaler, c'est que l'énanthème vermillon ne tarde pas à disparaître dès que les plaques muqueuses commencent à se montrer. Notons, enfin, que les syphilides muqueuses ne se montrent que dans les points lésés par l'énanthème, en sorte que l'on pourrait strictement

dans toute plaque muqueuse, la période
rait pas énanthémateuse?

Nous écartons tout d'abord toutes les angines
ffections sont pyrétiques et ne présentent pas
millon de l'énanthème syphilitique. Seule,
ieuse pourrait, au point de vue de la colora-
nfusion; mais on se souviendra que l'énan-
ux s'accompagne d'un mauvais état général,
, et que les limites de l'éruption sont floues,
se confondant insensiblement avec la
ie; enfin la durée beaucoup plus courte et
sure tranchent vite le diagnostic.

nère songer non plus à la pharyngite catar-
u chronique, dont la rougeur est bien moins
émis de grains translucides et brillants est
a muqueuse est d'ailleurs loin de présenter
n observe dans l'affection dont je m'occupe.
enfin, les angines toxiques, dont les carac-
nt en rien ceux de l'énanthème syphilitique.
eut-on m'objecter, cet énanthème peut être
aryngienne d'ordre banal et non spécifique.
plement : α) comment ne l'observe-t-on pas,
ns, au cours d'autres maladies infectieuses,
s parfaitement tranchés? — et δ) comment se
l'ait constaté jusqu'ici que sur des syphili-
s? Si l'on ne peut remarquer cet énanthème
hilitiques, je pense qu'on lui doit accorder
écificité.

accident n'est-il pas observé plus fréquem-
l risque parfaitement de passer inaperçu à
gêne qu'il cause et de son peu de retentis-
de gens supportent un certain degré de dys-
ies picotements sans s'en préoccuper. Puis
ilitique secondaire est une modalité rare et
ante de la période secondaire; de plus, je

serais porté à croire que l'apparition en est favorisée avec une lésion buccale ou bucco-pharyngée primaire.

En somme, et pour me résumer, l'énanthème secondaire me paraît être une pharyngite spécifique, nettement caractérisée, pouvant coexister avec les autres accidents secondaires, mais aussi, et plus souvent, à mon avis, pouvant les précéder.

Observation I *(5 février 1900)*. — Pierre D..., trente ans, boulanger, marié, sans antécédents héréditaires ou personnels, vient me consulter, se plaignant de souffrir de la gorge depuis plus d'un mois. Douleurs légères à la déglutition et picotements. Au début de son affection, il a surtout souffert à droite et il localise parfaitement le point douloureux derrière l'angle du maxillaire inférieur du même côté. Il ne peut supporter les mets épicés ni les boissons alcooliques, car l'ingestion de ces aliments lui donne des sensations de brûlure.

A l'examen de l'oro-pharynx, on constate un énanthème généralisé de tout le pharynx : les piliers, la luette, les amygdales, la paroi postérieure, le voile sur une étendue de 1 centimètre et demi environ, sont le siège d'une rougeur pourpre vif, uniforme et continue. Il semble que la muqueuse, à ce niveau, soit un peu augmentée de volume. Au laryngoscope, on note le même énanthème sur tout le vestibule laryngien, et la rhinoscopie postérieure montre que la face supérieure du voile est atteinte, moins pourtant que la face inférieure. Rien du côté des cavités nasales.

Les amygdales palatines ne sont pas augmentées de volume; mais, à la palpation, on sent la tonsille droite nettement indurée; on perçoit surtout cette induration par la palpation bi-manuelle. L'amygdale gauche garde sa consistance normale. Enfin, on trouve un ganglion gros, dur, auréolé de quelques autres petits dans la région sous-angulo-maxillaire droite. Système dentaire assez mauvais. Le malade n'est pas fébricitant, rien du côté des organes génitaux urinaires et des différents appareils.

Ces constatations me font porter le diagnostic rétrospectif de chancre de l'amygdale droite et d'énanthème syphilitique secondaire. Néanmoins, pour confirmer pleinement mon diagnostic, j'attends l'apparition de la roséole et des plaques. A noter que le malade jurait ses grands dieux au sujet de rapports impurs et protestait de sa fidélité envers sa femme qui, d'ailleurs, était parfaitement bien portante.

Quatorze jours après, je revoyais mon malade, le visage marbré

d'une roséole magnifique et le pharynx adorné de nombreuses plaques muqueuses, et, devant ces preuves indubitables, il n'hésita plus à m'avouer qu'il s'était oublié, trois semaines avant le début de son affection pharyngée, avec une professionnelle de bas étage. La dysphagie et l'énanthème ont disparu peu de temps après l'apparition des plaques muqueuses, qui ne se sont montrées que dans la joue occupée primitivement par l'éruption vermillon.

Obs. II. — Marie S..., vingt-sept ans, casquettière, vient me consulter à la clinique du cours Dillon le 17 juillet 1899. Elle se plaint d'un mal de gorge persistant, qui a résisté à divers traitements. La malade ne peut préciser le début exact de son affection, elle l'estime très approximativement à trois semaines. Les deux symptômes qui la gênent le plus sont la dysphagie et une sensation de cuisson s'accentuant au passage des aliments irritants. État général médiocre, pas de fièvre. La malade n'a jamais interrompu son travail, et ce qui la tracasse, c'est simplement la persistance de son affection.

A l'examen objectif, on aperçoit un énanthème rouge vif, généralisé à tout le pharynx : le voile du palais n'est atteint que sur une bande de 1 centimètre environ. Cet énanthème s'étend sur le vestibule laryngien; les cordes vocales sont intactes. Rien dans le nasopharynx ni à la face supérieure du voile. La muqueuse, au niveau de la lésion, paraît épaissie et tomenteuse. Pas de fausses membranes. Les amygdales palatines sont normales; rien à la palpation bi-manuelle. Quelques petits ganglions sous-maxillaires durs à droite. La malade prétend n'avoir rien eu du côté de l'appareil génito-urinaire; pas de remarques à signaler, sauf quelques ganglions inguinaux à droite et à gauche. Système dentaire bon. Les autres appareils de l'économie ne présentent rien d'anormal.

En présence de ces constatations, je ne pose pas de diagnostic ferme, tout en songeant à la syphilis probable, et je mets la malade en observation. Au bout de quatre jours, rien n'était changé, sous l'influence d'un traitement banal; mais, le septième jour, la patiente arrivait avec une roséole caractéristique, des céphalées nocturnes, de l'abattement. Les plaques muqueuses ne firent leur apparition qu'une semaine après environ, et, fait curieux, leur siège, au moment de leur éclosion, ne dépassa point les limites de l'énanthème pharyngé. Au bout de quelque temps, la muqueuse séparant les diverses plaques avait repris son aspect habituel. La dysphagie et les sensations de cuisson disparurent alors que les érosions secondaires persistaient toujours.

Obs. III (due à l'obligeance du Dr Escat). — Mlle X..., vingt-deux ans, couturière, vient me consulter le 3 février 1897 pour une dysphagie qui s'est développée progressivement depuis une huitaine de jours.

Son pharynx présente l'aspect suivant : érythème pourpré localisé au voile; piliers, amygdales et luette sont pris. Pas la moindre opalescence rappelant l'aspect des plaques muqueuses. Les limites de la tache érythémateuse sont irrégulières, à contours géographiques, et tranchent nettement avec la pâleur normale du voile. Cette particularité me fait éliminer le diagnostic d'angine catarrhale diffuse.

La malade n'a pas de fièvre, mais accuse de la céphalalgie depuis cinq à six jours. Je pense à la syphilis, mais je ne trouve aucun autre symptôme, et mon interrogatoire reste sans résultat.

Je tiens la malade en observation. Six jours après, elle revient me consulter et présente, ce jour-là seulement, une roséole généralisée caractéristique. La tache érythémateuse du pharynx commence à pâlir sur divers points; le surlendemain, elle est recouverte de plaques muqueuses violacées. Adénopathies. La céphalalgie est plus forte; il y a un peu d'insomnie.

La malade finit par avouer qu'elle a eu des relations suspectes, mais dit ne s'être aperçue d'aucune manifestation primitive sur les parties génitales.

J'institue le traitement spécifique : frictions pendant vingt jours, puis pilules de bichlorure.

L'état va s'améliorant rapidement; deux mois après, la malade n'offrait plus le moindre symptôme. Depuis cette époque, j'ai perdu de vue cette malade.

Obs. IV (due à l'obligeance du Dr Escat). — M. X..., trente-trois ans, me consulte le 10 novembre 1899 pour un mal de gorge qui dure depuis quinze jours.

J'aperçois sur le voile une vaste tache érythémateuse pourprée, asymétrique, s'étendant beaucoup plus sur la partie droite du voile; ses limites sont nettes; on observe, en outre, sur la voûte palatine, séparée de la tache précédente par une bande de 4 ou 5 millimètres de muqueuse d'aspect normal, une deuxième tache irrégulière, ovalaire, présentant les mêmes contours assez nets et la même couleur pourpre. Pas d'érosions violacées.

Le sujet avoue avoir eu un chancre génital solitaire et induré qui a duré un mois et dont la résolution, comme je puis le constater, n'est pas encore complète. Les deux régions inguinales ont été le

siège de polyadénopathies indolentes et chondroïdes. Elles persistent encore. Quelques ganglions occipitaux.

La roséole ne se montre que huit jours après. A ce moment seulement, je prescris des frictions mercurielles, le malade ayant refusé de suivre plus tôt le traitement. Amélioration rapide des accidents et disparition complète de l'érythème pharyngé et de la roséole au bout de quatre ou cinq jours. Comme la malade précédente, le sujet a été perdu de vue.

Traitement. — Il se résume en deux mots : antisepsie locale et traitement spécifique.

CORPS ÉTRANGER DU LARYNX

SA LOCALISATION DANS LE SINUS DE MORGAGNI

EXTRACTION PAR LES VOIES NATURELLES[1]

Par le Dr **CHARLES**, de Grenoble.

OBSERVATION. — Le 5 novembre 1900, on amenait à ma consultation une petite fille de huit ans, Mlle X..., de Moirans (Isère), qui, depuis la veille au soir, avait été prise de violentes suffocations, de dyspnée intense avec tirage sus-sternal, après avoir bu un bol de bouillon gras. Ni aphonie, ni enrouement.

L'entourage avait tenté, mais en vain, d'extraire l'obstacle qui, au niveau du larynx, provoquait ces suffocations.

J'examinai l'enfant au laryngoscope et j'aperçus dans la région interaryténoïdienne un petit corps blanchâtre dont les extrémités paraissaient enclavées dans la muqueuse, et qui laissait au-dessous de lui les cordes vocales libres et normales.

J'essayai immédiatement de l'extraire à l'aide de pinces laryngiennes, sous le contrôle du miroir; l'enfant étant très docile, l'opération semblait possible et même facile.

Malheureusement, malgré les pulvérisations de cocaïne, les tractions de la langue longtemps maintenues étaient très douloureuses (parce que, sans doute, elles comprimaient, par l'intermédiaire des ligaments glosso-épiglottiques, les extrémités pointues du corps étranger contre la muqueuse), l'enfant fermait spasmodiquement

1. Travail communiqué à la Société française de laryngologie, mai 1901.

son larynx, se débattait et rendait impossible l'extraction par ce moyen.

Comme la dyspnée augmentait, la première indication étant d'agir vite, je résolus de faire un essai sous chloroforme, toujours par les voies naturelles, en me tenant prêt à faire une trachéotomie d'urgence si les événements l'exigeaient.

L'enfant une fois endormie et placée dans la position de Rose, je cherchai à me rendre compte de la situation du corps étranger. J'introduisis, avec grande précaution, mon index gauche dans le larynx, je fus tout étonné de sentir un corps dur, beaucoup plus volumineux que ne me l'avait montré la laryngoscopie, le corps étant en partie enclavé et dissimulé dans le sinus de Morgagni, une faible portion seulement faisant hernie dans la lumière du larynx.

Connaissant exactement la situation du corps étranger, j'essayai de l'extraire avec une pince de Fauvel, guidée par mon index; je fus assez heureux pour ramener, immédiatement, un volumineux fragment osseux, dont les deux tiers, au moins, devaient être cachés dans le ventricule.

Les suites furent simples: au réveil, la respiration était redevenue facile, la nuit fut bonne; le lendemain et huit jours après, le larynx était revu absolument normal.

A propos de cette observation, qui m'a paru intéressante, je ne veux pas retracer toute l'histoire des corps étrangers des voies aériennes, mais seulement faire ressortir les points intéressants de ce cas particulier : le mode d'intervention, le volume du corps et sa localisation.

La conduite à tenir en présence d'un corps étranger du larynx consiste tout d'abord, le diagnostic étant établi, à avoir des renseignements sur sa nature, son siège, sa mobilité.

Dans notre observation, la laryngoscopie, qui a été possible malgré l'âge du petit malade (petite fille de huit ans), nous a donné d'utiles indications. Nous avons vu un petit corps blanchâtre qui ne pouvait être autre chose qu'un os ou tout au moins un corps dur, et qui n'avait pas franchi la glotte; donc, il devait être facile de l'avoir par les voies naturelles. Malheureusement, il nous fut impossible de nous rendre

té à l'aide d'un stylet, les tractions de la
s l'avons dit, étant douloureuses.
(il est vrai encore incomplètes), il restait
traction. Il semble qu'en pareil cas, le
ait être depuis longtemps bien établi; il
ndant, et si l'on parcourt les différents
la question, on est étonné de voir de
d'opinion. Les uns patientent, attendent
ent un traitement médical (vomitifs, etc.).
n une intervention immédiate, mais ne
la trachéotomie; ils proscrivent l'extrac-
turelles d'une façon absolue, même chez
, disent-ils, « le moindre mouvement
aire tomber le corps étranger dans la
ivent aussi les tentatives sous le contrôle
même raison.
ais de ceux-là, veulent, suivant les cas,

ci quelle est ma conduite habituelle :
quelconque, on n'a pu faire le diagnostic
compte de la situation, de la nature, de
étranger. On ne sait qu'une chose, c'est
ps étranger des voies aériennes. Si le
hésitation, trachéotomie, sinon radio-

rps étranger, on sait où il se trouve, s'il
dans la muqueuse.
ntent : ou bien il est inaccessible aux ins-
bronches...), encore trachéotomie; ou
il est sus-glottique ou immédiatement
résistant et plus ou moins fixé. Dans ce
par tous les moyens de l'extraire par
, même si l'on ne peut se servir du
tenant prêt à faire une trachéotomie
ne, on ne risque qu'une chose, c'est de

faire passer du larynx où était le corps étranger dans la trachée. Il est toujours temps alors de trachéotomiser. Mais souvent, dans la majorité des cas, on peut éviter au malade la trachéotomie, et ce n'est pas un petit avantage.

C'est vouloir vraiment s'exagérer à plaisir les difficultés d'une extraction par les voies naturelles même sans miroir, car lorsque l'on sait exactement où l'on doit aller chercher le corps étranger, lorsque l'on connaît sa consistance, pour peu que l'on soit habitué à pratiquer rapidement un tubage, il est presque toujours très facile, en s'aidant de l'index gauche, de ramener rapidement le corps étranger.

Quant aux extractions malheureuses citées, il ne faut pas oublier qu'elles sont presque toujours faites par des confrères non spécialistes, qui n'ont pas l'habitude de manier des instruments dans un larynx, qui vont au petit bonheur, qui pincent n'importe où, n'importe quoi, blessent la muqueuse et provoquent un œdème rapidement mortel.

Dans le cas qui nous occupe, l'anesthésie en position de Rose me permit de porter directement mon index dans l'espace inter-aryténoïdien, de sentir un corps dur, dont une grande partie (les deux tiers) était recouverte d'une muqueuse qui l'enclavait et le rendait très peu mobile.

C'est avec une facilité extrême que je retirai avec des pinces laryngiennes le corps étranger.

En terminant, je veux faire remarquer la grosseur du fragment osseux.

Il mesurait 2 centimètres de longueur sur 1 de largeur. On peut se demander comment un corps d'un pareil volume a pu s'introduire dans le larynx d'une enfant de huit ans, rester à ce niveau près de vingt-quatre heures, sans y provoquer d'accidents respiratoires, rapidement mortels. Ce n'est que sa situation dans le sinus de Morgagni qui puisse expliquer la chose.

Cette localisation est assez rare. Castex, dans son Manuel des maladies du larynx, rapporte le cas d'un enfant qui..

avait avalé une pièce de monnaie; celle-ci avait été arrêtée par les cordes vocales, et ses deux extrémités opposées s'engageaient dans les deux ventricules.

Dernièrement, M. Peyrot, au nom de M. Moure, rapportait à la Société de chirurgie, le 24 avril 1901, trois cas de corps étrangers du larynx, dont une épingle à cheveux dans le sinus de Morgagni d'une jeune fille de vingt ans.

Je n'en ai pas lu d'autres cas; c'est ce qui m'a décidé à publier cette observation.

ANALYSES DE THÈSES

Contagion des otites moyennes aiguës, par le Dr DEMEURISSE.

Dans la première partie de son travail, l'auteur s'occupe des causes soit prédisposantes, soit déterminantes, de la production des otites aiguës.

Les premières peuvent être d'ordre général ou d'ordre local.

Parmi les causes d'ordre général, les principales sont les maladies infectieuses.

Quelques pages sont donc consacrées à l'étude de l'otite moyenne aiguë au point de vue de sa fréquence et de sa gravité dans le cours de ces maladies.

Les causes d'ordre local, peut-être moins nombreuses, sont le résultat des végétations adénoïdes et généralement de toutes les lésions inflammatoires du nez et du naso-pharynx.

Dans cet ordre de causes, il en est qu'on pourrait appeler causes mécaniques, telles que tamponnement postérieur des fosses nasales, douche nasale mal faite, etc.

L'étude des causes déterminantes des otites comprend l'étude des différents microbes rencontrés dans ces affections. Aussi l'auteur passe rapidement en revue les travaux qui ont été faits sur ce sujet et donne un aperçu de la bactériologie des otites.

L'étude de la contagion des otites fait le sujet de la seconde partie de ce travail. On y trouve un assez grand nombre

d'observations qui tendent à prouver que, étant donné un premier malade atteint de grippe compliquée d'otite, tout autre grippé, mis en contact avec lui, aura grande chance de prendre cette complication otique. L'auteur fait suivre ses observations de quelques lignes sur la pathogénie de la contagion des otites aiguës et de remarques sur les caractères cliniques de la contagiosité de ces mêmes otites.

Il termine par les conclusions suivantes :

« Disons qu'il n'est pas impossible qu'un individu sain, mis au contact d'un otitique, prenne de ce dernier une otite moyenne aiguë, mais que, cependant, cette manière de contracter une inflammation primitive de la caisse du tympan doit être excessivement rare.

» La conclusion pratique qui se dégage de cette étude est qu'il faut isoler les malades, surtout les enfants atteints d'otite moyenne aiguë, même si elle est primitive et, à plus forte raison, si elle se surajoute comme complication secondaire à une maladie infectieuse.

» Nous avons vu que broncho-pneumonie et otite secondaire ont une même pathogénie. A l'hôpital, on a considérablement diminué le nombre des broncho-pneumonies, et, ce faisant, restreint la gravité des fièvres éruptives, en séparant les éruptifs simples des éruptifs broncho-pneumoniques.

» Il faut agir de même vis-à-vis de l'otite, car l'otite aiguë n'est pas moins grave que la broncho-pneumonie. Son apparente bénignité la rend peu suspecte, parce qu'elle n'amène pas ordinairement la mort en quelques jours, comme le fait la broncho-pneumonie. Les médecins des hôpitaux, en transmettant leur statistique à M. Lermoyez, lui faisaient remarquer que presque toujours les otites aiguës avaient été si bénignes qu'elles n'avaient nécessité aucun traitement chirurgical, qu'on s'était contenté de leur donner de l'eau et de la glycérine phéniquée; cependant ils ajoutaient que beaucoup d'enfants quittaient l'hôpital suppurant encore. Or, l'avenir de ces oreilles est sombre. Il est rare que l'otite aiguë amène la mort à sa période d'état ; il est fréquent qu'elle la cause quand elle s'est chronicisée. Ces enfants, qui quittent l'hôpital avec des oreilles qui suppurent, vont grossir cette foule d'otorrhéiques

qui encombrent les services spéciaux, et qui souvent n'auront d'autre moyen d'éviter la terminaison fatale que l'évidement pétro-mastoïdien ; heureux encore s'ils guérissent sans garder une surdité qui les rende impropres à toute carrière.

» Prévenir est mieux que guérir. Il est plus simple d'empêcher une otite aiguë d'éclater que de la soigner ensuite. Pour réaliser cette prophylaxie, l'antisepsie nasale et buccale est une excellente pratique dont les résultats sont encourageants. Mais il y a mieux à faire.

» L'otite aiguë est contagieuse : isolons les otitiques. » (Thèse de Paris, 1901.)

Dr G. Dupond.

De l'extirpation totale de la glande sous-maxillaire dans les calculs salivaires, par le Dr Coudret.

Dans son travail inaugural, M. Coudret n'a en vue que « les calculs situés peut-être dans le canal de Wharton, mais alors dans ses ramifications intra-glandulaires », c'est-à-dire qu'il limite son étude aux traitements des calculs dits de la glande sous-maxillaire. Et ce n'est encore qu'une partie de ce traitement qui fera le sujet de sa thèse.

L'extirpation de la glande sous-maxillaire dans la lithiase salivaire est une opération de date récente; l'auteur pense, en effet, que la première observation de ce genre est celle de M. Terrier, présentée à la Société de médecine et de chirurgie pratiques de Paris, en 1874. En 1889, d'Arcy Power extirpe une glande qui était le siège d'une induration et au milieu de laquelle il découvrit un calcul. La même année, Berger intervint par la voie externe dans un cas où il avait porté le diagnostic de « calcul de la glande sous-maxillaire se prolongeant jusque dans le canal de Wharton ». Au cours de son opération, il s'aperçut qu'il ne s'agissait pas d'un calcul, mais d'une dégénération scléreuse de la glande, et enleva celle-ci. Thiel, en 1893, dans sa thèse (Iéna), préconise l'extirpation totale dans certains cas déterminés de lithiase sous-maxillaire.

En 1900, Launay relate une observation personnelle et conclut que la sclérose et l'existence de calculs profonds peuvent amener à l'extirpation de la glande. En février 1901, à la Société de médecine de Nancy, M. Gross, au cours d'une

discussion sur le traitement des sous-maxillites calculeuses, déclarait que fréquemment on est appelé à extirper la glande, et M. Weiss ajoutait qu'il était personnellement très partisan de l'extirpation totale de la glande parce qu'elle empêche les récidives. Enfin, en mai, M. Lafarelle faisait à la Société française de laryngologie une communication sur deux cas de lithiase sous-maxillaire, avec extirpation de la glande, pratiquée par son maître le Dr Moure.

M. Coudret cherche à établir les indications de l'intervention radicale.

Il la croit opportune quand, chez un sujet nettement lithiasique salivaire, on constate une hypertrophie et une induration marquée, qui doit faire songer à des lésions de sclérose; cette sclérose, en effet, altère la glande au point qu'elle ne peut désormais plus remplir ses fonctions, et, d'autre part, elle demeure toujours comme une source possible de gêne, de douleurs, de poussées successives.

Il croit également l'opération radicale de mise quand la glande est bourrée de calculs, et, partant, est une cause de douleurs presque constantes. Dans les cas de suppuration continue, prolongée, d'une glande, avec calculs intra ou péri-glandulaires, il pense que l'on est autorisé à proposer une intervention radicale, et aussi que le malade a tout bénéfice à l'accepter.

Les contre-indications sont celles susceptibles de s'appliquer à toutes les interventions chirurgicales, telles que diabète, néphrite, etc.

Les seules considérations qui pourraient retarder l'intervention dans certains cas sont, d'abord, chez la femme, la question de la cicatrice. Mais celle-ci est minime et se dissimule assez sous le rebord du maxillaire inférieur; d'autre part, l'existence d'accidents aigus, qu'on doit laisser s'atténuer. Cette opération doit se faire absolument à froid.

Nous ne suivrons pas M. Coudret dans les considérations anatomiques dont il fait précéder sa technique opératoire, ni dans le détail de cette dernière. Nous signalerons simplement qu'il n'admet pas l'utilité de la ligature préalable et systématique des vaisseaux de la région.

Au point de vue des suites opératoires, M. Coudret, ne

pouvant tabler que sur des cas très peu nombreux, rapproché de ceux-ci les observations d'extirpation totale dans les cas de tumeurs malignes mais limitées de la glande, observations qui sont relativement nombreuses. Les suites opératoires sont simples; les opérés guérissent très rapidement, sans accidents ni fistules.

Les résultats thérapeutiques immédiats et éloignés obtenus dans la lithiase ont été excellents.

Les opérés ont été améliorés aussitôt après; revus au bout d'assez long temps, ils n'ont jamais rien ressenti, et, au point de vue fonctionnel, l'ablation de l'organe n'a paru avoir rien modifié. On se souvient, en effet, que l'affection calculeuse est toujours unilatérale, que le rôle de la glande était diminué par son altération pathologique, et qu'elle se trouve suffisamment compensée par l'autre glande, absolument normale et intacte. (Thèse de Bordeaux, juillet 1901, imprim. Cadoret.)

Dr G. Liaras.

REVUE GÉNÉRALE ET ANALYSES

BOUCHE ET PHARYNX BUCCAL

Paralysie faciale d'origine dentaire, par le Dr Rodier.

L'ostéo-alvéolite dentaire infectieuse peut être fréquemment une cause de paralysie faciale. Ce qui le fait penser, c'est que, dans un certain nombre des observations de paralysie faciale publiées, on peut remarquer, parmi les prodromes observés, des phénomènes douloureux dentaires. D'ailleurs, le traitement doit être immédiat et radical et consister dans l'extraction de la dent malade et le curettage profond et complet de l'alvéole.

Une observation que M. Rodier rapporte pour étayer sa thèse est, en effet, assez typique. Il s'agissait d'une paralysie faciale périphérique ayant apparu en même temps que des poussées d'ostéo-alvéolite et augmenté le jour même de l'extraction dentaire et qui disparut vite après cette extraction sans autre traitement. S'est-il passé ce qui se produit dans le tic douloureux de la face et s'agirait-il de phénomènes réflexes

à point de départ alvéolo-dentaire? ou bien plutôt n'était-ce pas un cas de propagation d'une névrite du trijumeau transmise au facial par des fibres récurrentes? C'est ce que pense l'auteur.

On doit aussi, d'après lui, éliminer ici l'hypothèse d'une paralysie *a frigore*. Pour lui, cette paralysie n'est survenue que comme complication infectieuse d'une vulgaire carie de première grosse molaire inférieure droite. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 25 juillet 1901.)

Dr G. Liaras.

CAVITÉS ACCESSOIRES

Un cas de carcinome du maxillaire supérieur *(Carcinomes of superior maxilla)*, par le Dr Bern B. Gallaudet.

Malade âgé de quarante ans. La tumeur occupait le plancher de la bouche, envahissant les gencives et les bords alvéolaires des deux maxillaires, s'étendant de la première molaire droite jusqu'à la canine gauche. Elle avait également envahi la moitié antérieure de la voûte palatine à droite. La masse était molle, friable, remplissait presque complètement la bouche, saignait toujours et était couverte d'une sécrétion fétide. La santé générale était très mauvaise, avec début de cachexie. La tumeur avait grandi rapidement, ayant débuté seulement huit semaines auparavant par une petite excroissance derrière les incisions supérieures. Les fosses nasales étaient saines. Pas d'engorgement ganglionnaire.

L'opération s'imposait, à la condition d'en assurer la rapidité, de réduire l'hémorragie au minimum et d'empêcher l'entrée du sang dans les voies respiratoires. Ligature des deux carotides, trachéotomie préalable, tamponnement du pharynx. Section de la lèvre supérieure en son milieu et extraction de la tumeur à l'aide du forceps rongeur. L'hémorragie veineuse fut considérable, mais s'arrêta dès que les limites de la tumeur eurent été atteintes.

La masse enlevée comprenait le bord alvéolaire droit jusqu'au niveau de la deuxième grosse molaire, le bord alvéolaire gauche jusqu'à la première petite molaire et les parties contiguës des deux tiers antérieurs de la voûte palatine de chaque côté. Pendant l'opération, l'auteur s'appliqua à

dépasser largement les limites de l'os malade. Le sinus maxillaire droit, qui s'est trouvé ouvert par sa partie inférieure, était sain.

Tamponnement de la cavité et suture de la lèvre. L'opération a duré en tout une heure et demie environ. Le tampon du pharynx a été enlevé au bout de quelques heures. La convalescence s'est effectuée sans incidents. La canule trachéale a été enlevée au bout de deux jours, et la plaie était guérie au bout d'une semaine.

L'examen microscopique a montré qn'il s'agissait d'un *épithélioma* à cellules squameuses.

Le malade se porte bien, mange bien, a augmenté de poids. La récidive paraît inévitable. (*Amer. Journ. of med. sciences*, mai 1901.)

Dr JANKELEVITCH.

Un cas de fracture comminutive du maxillaire supérieur avec sinusite consécutive (Soc. de méd. de Nancy), par MM. RAOULT et CH. THIRY.

Il s'agit d'un homme ayant reçu, au niveau de la région orbitaire, une grosse pierre lancée d'une distance de trois mètres avec une grande violence. Cette pierre produisit deux plaies superficielles, l'une au niveau du sourcil, l'autre à 1 centimètre environ au-dessous du rebord orbitaire inférieur.

Le malade dit avoir perçu, au moment de l'accident, un fort bruit de craquement.

Les petites plaies guérirent d'abord rapidement : ce n'est qu'au bout de quelques jours que le malade accusa des douleurs assez vives qui allèrent en augmentant à mesure que se produisait un gonflement violacé de toute la joue.

Après incision sous chloroforme, on trouva un fragment osseux mobile au milieu de pus et de caillots noirs. Le sinus est rempli de fongosités et de caillots purulents.

Les suites de l'opération furent simples, et le malade guérit rapidement.

Les auteurs font suivre l'observation des réflexions suivantes :

1° Les symptômes objectifs du début ne permettaient pas de supposer une attrition aussi notable du squelette ;

2° Il s'est produit, sans aucun doute, autour du foyer des fractures comminutives, un hématome, qui s'est cantonné dans le sinus maxillaire, lequel hématome est devenu un foyer de suppuration dans lequel baignaient les fragments osseux;

3° L'infection de l'hématome n'a pas dû se produire de l'extérieur vers l'intérieur, étant donné l'aspect superficiel de la plaie sous-orbitaire, mais bien plutôt, il semble, de l'intérieur du nez vers la cavité du sinus.

Malgré l'enlèvement d'un notable séquestre osseux occupant le tiers moyen du rebord sous-orbitaire, il n'y a pas eu de chute du globe de l'œil, l'aponévrose ayant suffi pour le maintenir en bonne position.

Il est à remarquer aussi que, dans ce cas, il a manqué un signe ordinairement observé à la suite des fractures de la paroi antérieure du sinus maxillaire, à savoir: l'emphysème sous-cutané. (*Rev. méd. de l'Est,* mai 1901.)

Dr G. Dupond.

Empyème des sinus frontal et ethmoïdal et abcès de l'orbite *(Empyema of the frontal and ethmoïdal sinuses and orbital abscess)*, par le Dr Th. Poorley.

Le malade, âgé de dix-neuf ans, fut admis à l'hôpital pour des douleurs extrêmement violentes qu'il éprouvait dans l'œil droit et dans toute la moitié droite de la tête. Les deux paupières de l'œil droit sont très tuméfiées, d'un rouge brillant, s'écartent à peine l'une de l'autre et sont très sensibles au contact. En examinant de plus près, on constate un léger chémosis particulièrement saillant au niveau de l'angle supéro-interne de l'œil, un peu de ptosis et une certaine limitation des mouvements de l'œil en dedans et en bas. Au niveau de l'angle supéro-interne de l'œil, juste au-dessus du point d'insertion, du tendon du moteur interne, se trouvait un petit orifice fistuleux, mais qui ne sécrétait rien. La température du malade était de 104° F., le pouls battait 120 à la minute, et le malade paraissait présenter certains troubles mentaux qui pouvaient, d'ailleurs, être attribués aux narcotiques qu'il avait absorbés pour soulager ses douleurs. Depuis qu'il a eu la scarlatine, à l'âge de six ou sept ans, le malade souffre des yeux qui sont quelquefois douloureux et larmoyants,

mais ce n'est que six ans auparavant que les troubles se sont aggravés de ce côté, et le malade est rentré un jour avec des paupières gonflées. On fit alors le diagnostic d'érysipèle et on ordonna des compresses chaudes. Depuis lors, le malade a été traité par plusieurs médecins, mais sans succès.

Une incision pratiquée un peu au-dessous du bord libre des paupières inférieures eut pour effet de diminuer le gonflement, mais pas d'une façon complète. Quatre années auparavant, il a été opéré de nouveau, et l'opération paraît avoir eu pour but de vider le sinus frontal ; il s'ensuivit un soulagement passager, mais la tuméfaction au niveau de l'angle interne n'a pas disparu, et le malade eut en outre, à la suite de cette opération, une fistule permanente. Pendant la dernière année, il semble avoir peu souffert, jusqu'au jour où l'auteur a eu l'occasion de le voir. Il posa le diagnostic d'empyème chronique des sinus frontal et ethmoïdal, avec exacerbation aiguë et abcès de l'orbite. Pour procurer au malade un soulagement immédiat, il fit, avec le couteau de Graefe, une incision dans l'orifice fistuleux sans qu'il s'ensuivit un écoulement de pus, ni aucune amélioration. Le lendemain, il pratiqua l'opération radicale.

Incision partant du tiers externe du bord orbitaire et se prolongeant jusqu'au bout interne, descendant ensuite en bas et en dedans le long du nez jusqu'au bord inférieur de l'orbite, en évitant soigneusement le muscle oblique supérieur. Dissection, refoulement du périoste, mise à nu des surfaces supérieure et interne de l'orbite. L'examen permit de constater l'existence d'un orifice fistuleux dans la paroi antérieure du sinus frontal, orifice à travers lequel la sonde pouvait pénétrer dans le sinus. Ouverture large de ce dernier qu'on trouve rempli de pus et de granulations. Nettoyage avec la cuillère tranchante. Le sinus paraissait de dimensions plus que normales. Les cellules ethmoïdales explorées se montrèrent ramollies et infiltrées de pus. On continua soigneusement l'incision le long de la paroi interne de l'orbite et on explora la cavité, en faisant la dissection avec le manche du bistouri. Au moment où on pénétrait au fond de la cavité, on tombe sur une collection purulente assez considérable. On établit une

communication à travers les cellules ethmoïdales, entre le canal naso-frontal et l'infundibulum, c'est-à-dire avec la cavité nasale. On introduit ensuite un tube dont on fait arriver un bout dans le sinus frontal, l'autre dans la fosse nasale. Le tout est tamponné à la gaze iodoformée, suture de la plaie, pansement. L'amélioration fut immédiate. La guérison s'est effectuée d'une façon rapide et normale, et des polypes qui existaient dans la fosse nasale correspondante ont disparu spontanément, lorsque la sécrétion fut arrêtée et la plaie guérie. (*Philadelphia med. Journ.*, 6 juillet 1901.)

Dr JANKELEVITCH.

OREILLES

De l'opération mastoïdienne au cours de maladies constitutionnelles *(Zur Casuistik der Mastoidoperationen bei constitutionellen Krankheiten)*, par le Dr E. BARTH.

1° *Un cas de mastoïdite suppurée chez un diabétique.* — Il s'agit d'un malade âgé de soixante-trois ans, diabétique (4 o/o de sucre dans les urines au début). Est atteint, à la suite d'un refroidissement, d'une otite aiguë, avec fièvre, céphalée et enfin suppuration abondante. Pas de modifications autour de l'oreille, mastoïde non tuméfiée, pas d'engorgement ganglionnaire. La voix chuchotée n'est entendue que dans le voisinage immédiat de l'oreille malade (à 6 mètres du côté sain). Conductibilité osseuse normale, latéralisation à droite (côté malade). Température, 38°-38°3. 2,5 o/o sucre. Un traitement approprié fait disparaître les symptômes généraux, mais la suppuration reste extrêmement abondante. La région rétro-auriculaire commence à se tuméfier et devient sensible à la pression. Sucre, 2 à 2,5 o/o.

Malgré l'absence de symptômes généraux, mais en raison de la persistance de la suppuration et de la tuméfaction rétro-auriculaire, l'auteur se demande s'il ne serait pas utile d'ouvrir la mastoïde. Mais la présence du sucre dans les urines, les dangers de la narcose le décident à attendre; il se contente d'agrandir la perforation. Entre temps, la quantité de sucre dans les urines tombe à 1 o/o, mais les phénomènes otitiques ne subissent aucune modification, le pus finit par perforer la paroi

postérieure du conduit, on constate avec la sonde la prése d'os dénudé. Pendant deux mois encore l'état reste stati naire, puis s'aggrave d'une façon assez subite : la températ monte à 38°-38°5, le pouls subit une accélération, la quan de sucre remonte à 2,5 o/o, la sensibilité de la région mas dienne devient plus prononcée, le malade éprouve des maux tête et à travers la fistule de la paroi postérieure du conduit sent la présence d'un séquestre. Il existe de la tuméfaction la fosse rétro-maxillaire; la sensibilité de la région mastoïdie s'étend très bas, jusqu'au niveau du sterno-cléido-mastoïdi les mouvements de la tête, surtout la rotation à droite, s douloureux.

L'auteur se décide enfin à opérer (quatre mois après le dé de la maladie). Les parties molles sont tuméfiées, hyp miées; l'os ramolli, de coloration bleuâtre. Désinsertion muscle sterno-cléido-mastoïdien. En soulevant le périoste, voit du pus sourdre entre le conduit auditif osseux et les par molles du conduit. Après quelques coups de ciseau, on enl toute la paroi postéro-supérieure osseuse du conduit audi qui forme un volumineux séquestre ; ouverture de l'antre. L' verture de l'apophyse mastoïde se transforme ainsi en opérat radicale. Carie des osselets. Ablation du sommet de l'apoph également carié. Autoplastie d'après Körner. Le mal supporta très bien l'opération. Pendant les premiers jou la température montait, le soir, à 38°8. Au bout de qui jours, il n'y avait plus de sucre dans les urines. La plaie g rissait lentement, mais sans incidents. Une seule fois, on s'éliminer un petit séquestre de la paroi supérieure du cond Aux changements de pansements, le malade accusait sensibilité plus prononcée que d'habitude. On constatait p dant toute la durée de la convalescence une desquamation la peau autour de la plaie, surtout au niveau du pavillon. C desquamation avait persisté même après l'épidermisation la cavité de la plaie, et ne cédait un peu qu'à l'usage d vaseline boriquée.

La guérison a été complète au bout de sept mois. Le ma n'entend pas la voix chuchotée par l'oreille opérée, mais p très bien suivre une conversation. Rinne latéralisé à gau

Conductibilité osseuse normale, conductibilité aérienne de la plaie.

Trois ou quatre mois après l'opération, le malade avait commencé à éprouver une sensation bizarre : il lui semblait que si les mouvements de sa tête ne correspondaient pas aux mouvements du reste du corps. Il éprouve une sensation de vertige en se levant et lorsqu'il commence un mouvement; il évite cette sensation en tenant sa tête entre ses mains. Pendant le travail (lecture, écriture), cette sensation disparaît, mais devient particulièrement intense dans les mouvements de rotation rapide (autour de l'axe vertical). Huit mois après l'opération, ces troubles existaient toujours, quoique moins intenses.

L'auteur croit qu'il s'agit là d'une inflammation des canaux semi-circulaires, de nature indéterminée, en tout cas indépendante de la suppuration, dont il ne peut plus être question actuellement.

Toute cette observation montre qu'on peut opérer des diabétiques qui ont encore 2,5 o/o de sucre dans les urines, et si on n'avait pas attendu aussi longtemps dans le cas présent, on aurait évité des dégâts aussi considérables.

2° *Mastoïdite suppurée. Opération. Évolution de la plaie et de la convalescence compliquée par la goutte.* — Malade de soixante-trois ans, atteint d'otite aiguë avec complication du côté de la mastoïde. Opération : ouverture de l'apophyse, curettage des cellules remplies de pus. Rien du côté du sinus ni de la dure-mère. Tamponnement. Pansement.

Le lendemain, température : 39°8, sans frissons; pouls régulier, mais très fréquent (100 pulsations); maux de tête violents. Le pourtour de la plaie est très sensible à la pression exercée même à travers le pansement.

On craint un érysipèle ou une complication endo-cranienne. Mais en examinant attentivement le malade, on constate qu'il a un accès de goutte; l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil gauche est très tuméfiée, la peau à ce niveau est rouge et œdématiée. Le malade avait déjà eu plusieurs accès de goutte. Pas de nodules sur le pavillon. En changeant le pansement, on trouve les parties molles autour de la plaie rouges et très sensibles; cette sensibilité était parfaitement parallèle à l'affec-

tion métatarso-phalangienne et disparut avec celle-ci au bout de quelques jours, grâce à l'administration du sidonal (4 grammes par jour). Pendant les semaines suivantes, le malade eut encore deux accès de goutte qui étaient accompagnés d'une infiltration inflammatoire autour de la plaie et qui disparurent dans l'espace de quelques jours. Le malade est actuellement complètement guéri.

3° *Suppuration tuberculeuse de l'oreille et du temporal. Tuberculose pulmonaire. Opération. Guérison.* — Le malade, âgé de vingt et un ans, eut une pharyngite aiguë, à la suite de laquelle se produisit une otorrhée gauche dont le début n'a pas été accompagné de la moindre douleur. L'écoulement est très abondant, le conduit auditif très rétréci. Pas de tuméfaction mastoïdienne ni d'engorgement ganglionnaire. Pharynx et naso-pharynx sains. On croyait se trouver en présence d'une otite post-grippale. Malgré les soins les plus assidus, l'écoulement persiste très abondant, la température atteint, le soir, 38°5-39°. Le malade ne se plaint d'aucune douleur. Il ne tousse pas, ne crache pas, mais transpire beaucoup la nuit. L'auscultation révèle un engorgement très prononcé du poumon droit. En tenant compte du résultat de l'auscultation et de l'absence complète de douleurs pendant toute la durée de l'affection auriculaire, on admet la possibilité que celle-ci soit de nature tuberculeuse, quoiqu'on ne réussisse pas à découvrir de bacilles dans le pus. Cependant la sécrétion ne diminuait pas, la température restait élevée (37°4 le matin, 38°8 le soir) et, quoiqu'il n'existât aucun symptôme bien net d'une complication mastoïdienne, l'auteur résolut d'ouvrir l'apophyse. Les cellules et l'antre qui renfermaient du pus et des granulations, furent curettés. L'examen bactériologique du pus y révéla la présence de bacilles tuberculeux. Le malade supporta très bien l'opération. Pendant les jours suivants, et malgré les changements quotidiens des pansements, la température restait élevée et la sécrétion assez abondante. Entre temps, il s'est formé, aux angles supérieur et inférieur de l'incision des parties molles, des fistules qui suppuraient et dont la supérieure atteignait, en haut, l'aponévrose du muscle temporal, tandis que l'inférieure s'étendait, en bas, sur une longueur de 7 centi-

mètres et pénétrait dans la substance même du muscle trapèze. Ces fistules furent incisées et curettées.

Malgré cette dernière intervention, la fièvre persistait et la sécrétion ne diminuait toujours pas. Quelques jours plus tard, le malade commence à se plaindre d'un mal de gorge avec douleurs dysphagiques, et il se forma un abcès périamygdalien gauche qui fut incisé sous l'anesthésie à la cocaïne. Il en sortit une quantité énorme de pus dans lequel on ne put pas trouver de bacilles tuberculeux.

Aussitôt son état commença à s'améliorer. La fièvre tomba, la sécrétion diminuait de plus en plus. On s'occupait en même temps de son affection pulmonaire, et au bout de neuf à dix semaines, il put quitter l'hôpital avec une oreille complètement guérie, et sans aucun signe du côté du poumon. Son état restait encore, sous tous les rapports, excellent cinq mois après l'opération.

Il s'agissait évidemment d'une otorrhée tuberculeuse que l'auteur ne considère pas toutefois comme consécutive à la tuberculose pulmonaire et due à une infection par la trompe, et cela pour les deux raisons suivantes : 1° l'état peu avancé de l'affection pulmonaire, qui n'était encore accompagnée ni de toux ni d'expectoration; 2° la guérison complète de l'oreille, qui ne se serait certainement pas produite si le malade avait été un tuberculeux avancé.

Un autre point curieux de cette observation est l'influence qu'avait exercée l'abcès périamygdalien sur la persistance de la suppuration. Il est difficile de dire d'une façon précise à quelle époque cet abcès avait débuté. Était-il la suite de la pharyngite qui avait précédé l'otite? Ce serait alors supposer qu'il a mis six semaines à se développer. En tout cas, il a pu exister assez longtemps, sans causer de douleurs, tout comme l'otite elle-même, et entretenir la suppuration de l'oreille, même après l'opération de celle-ci, par l'intermédiaire de l'inflammation de la trompe qu'il a dû déterminer nécessairement. (*Zeits. f. Ohrenheilk.*, XXXVIII, 4, 1901.)

Dr JANKELEWITCH.

Bordeaux. — Impr. G. GOUNOUILHOU, rue Guiraude, 11.

N° 36. 7 SEPTEMBRE 1901.

: HEBDOMADAIRE
DE
LOGIE, D'OTOLOGIE
DE RHINOLOGIE

DALIENS ET PÉRI-AMYGDALIENS

NOSTIC ET TRAITEMENT [1]

Par le Dr E. J. MOURE
de laryngologie à l'Université de Bordeaux.

l, il peut paraître superflu de décrire les
ffection aussi banale que les abcès amyg-
tes de lésions semblent être connues de
Cependant, à la lecture des différents
r la question, il est facile de se rendre
observateurs sont arrivés à établir une
ıte entre la collection purulente formée
: même de l'amygdale, ou autour de cette
nsisté sur les troubles fonctionnels qui
: infection de l'arrière-gorge, par contre,
jectifs ont été moins bien observés et
. décrits.

pas ici sur les abcès intra-amygdaliens,
: aujourd'hui et très bien connus de tous
e bornerai simplement à dire que, pendant
ıt, c'est-à-dire durant les trois ou quatre
suivent l'infection, si l'on observe un gon-
ncé de la glande, ainsi qu'une rougeur

ıiqué à la Société française de laryngologie,

plus ou moins vive, diffuse à sa surface, il n'existe aucune sorte d'infiltration des piliers antérieurs ou postérieurs. Lorsque cet œdème survient, c'est que la collection purulente a dépassé les limites mêmes du parenchyme amygdalien et envahi le tissu cellulaire qui l'environne.

Les abcès péri-amygdaliens, au contraire, désignés encore sous le nom de péri-amygdalite phlegmoneuse (Ruault), peuvent, à mon sens, d'après la localisation même de l'infection, être classés en péri-amygdaliens antéro-supérieurs, péri-amygdaliens postérieurs et externes (voir thèse de Brunel, Bordeaux, 1900), auxquels j'ajouterai les abcès inférieurs dont j'ai vu deux exemples récents.

A. Abcès péri-amygdaliens antéro-supérieurs. — L'abcès péri-amygdalien antéro-supérieur (le plus fréquent du reste, puisque j'en ai rencontré 26 sur 46 cas observés l'année dernière) est pour ainsi dire l'abcès classique de l'arrière-gorge; c'est celui sur lequel ont insisté les différents auteurs. Il se présente, en effet, avec les signes très nets qui lui ont été assignés : infiltration, tuméfaction de la partie supérieure du voile, refoulement de l'amygdale en arrière, en bas et en dedans; œdème du pilier antérieur et de la luette, sur la partie latérale correspondant à l'amygdale malade, et en avant; immobilisation précoce du voile, fluctuation même, perceptible dans quelques cas. Je n'insisterai pas davantage sur les troubles subjectifs qui résultent de cette infection, ils sont connus de tous, du moins au moment de la période dite suppurative, alors que le malade, ouvrant difficilement la bouche, ne peut plus avaler, souffre et salive abondamment. Je rappellerai que, dans les deux ou trois premiers jours, les troubles fonctionnels se bornent à de la gêne et à une douleur plus ou moins vive, soit à la pression, soit surtout au moment de la déglutition des aliments, et même à vide. A ce moment, les altérations locales sont très peu prononcées. Elles consistent surtout en

iffuse et un gonflement très localisé,
arties primitivement infectées.

ALIENS POSTÉRIEURS. — Il n'est pas très
de voir l'abcès se collecter, non plus
supérieure de la loge amygdalienne,
arrière, c'est-à-dire dans le tissu
ılien postérieur, pour ainsi dire dans
pilier correspondant. Ce dernier se
ıe forme arrondie, boudinée, lisse à
au-devant de lui la glande amygda-
ne rouge. Très rapidement, c'est-à-
rois ou quatre jours au maximum,
plus considérable, gagne la surface
ɛt de la luette; par contre, le pilier
; de toute lésion. De telle sorte que
l'arrière-gorge semble être portée en
r *refoulement* que par véritable infil-
ıe est des plus importantes, si l'on
; diagnostic précoce de la localisation

noins qu'abandonné à lui-même, cet
début, finit par se diffuser à la por-
loge amygdalienne, et venir lui aussi
ı voile du palais, c'est-à-dire se ter-
ntéro-supérieur ou plutôt par un véri-
de toute la loge amygdalienne. Assez
'ai vu s'ouvrir *spontanément* en arrière
la partie supérieure ou moyenne du

ALIENS EXTERNES. — L'abcès péri-amyg-
ıe bien plus rare, est la forme la plus
'infection. Les symptômes extérieurs,
ɔn ganglionnaire, immobilisation pré-

coce du cou, contracture de la mâchoire, sont en général très accusés et apparaissent de bonne heure.

A l'examen direct, dès le début, on peut constater que l'amygdale, sans être rouge, enflammée et tendue, comme elle l'est dans l'abcès intra-amygdalien, est simplement projetée en dedans par tuméfaction de sa paroi externe. Les piliers postérieurs sont quelquefois un peu œdémateux, mais ils n'ont pas cette rougeur vive, lisse et tendue, ni cette infiltration considérable que l'on constate dans les abcès péri-amygdaliens de cette région.

Le voile et la luette sont le plus souvent intacts, sauf à la période terminale, au dixième ou douzième jour, où ils peuvent être très légèrement œdématiés. L'attouchement du fond de la gorge est extrêmement douloureux, ainsi que la palpation externe. Cette collection purulente est souvent confondue avec l'abcès latéro-pharyngien, avec lequel elle peut, du reste, fusionner, si elle vient à rompre l'aponévrose pharyngienne qui sépare, on le sait, cette partie de l'arrière-gorge de la région du cou proprement dite. Ce qui caractérise l'abcès péri-amygdalien, c'est qu'il s'ouvre toujours, tôt ou tard, *dans la bouche,* la barrière que lui offrent les tissus de ce côté étant bien plus faible que les aponévroses qu'il aurait à traverser pour aller faire irruption vers l'extérieur. Aussi la recherche du pus est-elle souvent plus facile au début, par le fond de la loge amygdalienne, que par la voie externe, ce qui est le contraire pour le véritable abcès latéro-pharyngien qui est, en général, un adéno-phlegmon. C'est particulièrement dans l'abcès péri-amygdalien externe qu'il faut redouter les hémorragies graves, parfois mortelles (Vergely), survenant spontanément ou bien au moment de l'ouverture de la poche qui suppure.

Le diagnostic de ces différentes collections étant ainsi établi, il est facile de voir que le traitement devra être différent, suivant que l'on se trouvera en présence de telle ou telle

as du traitement abortif tel que l
, ou les badigeonnages au chlor
ou 1/30, faits sur le point hype
de début, car il est rare que ces
en pareil cas, fassent avorter la s
e produire.
uirement aux auteurs qui recon
le prétexte que l'on ne meurt pa
uis partisan de l'ouverture hâtiv
outre que l'affection est très d
e, elle peut très bien occasion
neumonie, albuminurie, etc.), c

sont loin d'être rares, et, cette
ber deux malades des suites de
la présence du pus et affaiblis
par la fièvre, ils n'ont pu faire le
hénomènes généraux graves, br
véritable septicémie.
non sens, être faite dans les tr
, c'est-à-dire dès que le diag
part des praticiens recommand
rte de diachylon ou d'ouate.
me qu'*à cette période* il est pour
avec un bistouri à la recherc
ser son malade à de graves com
gie est la plus redoutable. En
tranchante dans l'épaisseur du
ire, comme l'est l'arrière-gorge
véritable imprudence, étant don
il faut pénétrer pour trouver l'
raison qui a rendu timides bie
fait ou s'abstenir de toute interv
bstention, sous le prétexte que l'
it jamais une affection grave.

Il faut savoir aussi que, s'il est quelquefois possible d'employer l'instrument tranchant ou piquant (trocart) sans provoquer d'hémorragie grave, la plaie ainsi faite a le grave inconvénient de se refermer très vite. Alors, les lèvres réunies ne laissent plus s'écouler le pus que contient encore le tissu enflammé. Je tiens à rappeler encore que je ne fais pas allusion ici aux collections qui sont sur le point de se faire jour d'elles-mêmes, car ces dernières peuvent, presque dans la généralité des cas, être ouvertes avec succès et sans danger avec toutes sortes d'instruments. Les tissus étant ramollis, peu résistants et peu épais, on hâte seulement de quelques heures un dénouement qui se serait produit spontanément.

Si, au contraire, on désire agir hâtivement, il est bien préférable, à mon sens, d'employer le galvanocautère. A l'aide de ce dernier, en effet, on peut pénétrer à travers le voile du palais enflammé et épaissi, le traverser tout entier en faisant pour ainsi dire une incision à blanc; passant ensuite au delà dans le tissu cellulaire péri-amygdalien, on va à la recherche du pus, qu'une main un peu exercée trouve presque toujours. Au besoin, lorsque l'ouverture n'est pas assez profonde, on peut la compléter avec la sonde cannelée, qui romprait les dernières barrières qui s'opposent à l'irruption de l'abcès.

Le galvanocautère a l'avantage d'être aseptique et à peu près indolore; il fait, en outre, très rapidement, presque aussi vite que le bistouri, une large brèche, qui reste ouverte pendant huit à dix jours, c'est-à-dire pendant un temps très suffisant pour que l'abcès puisse bien se vider et guérir sans récidive.

Voici comment il faut procéder :

1. *L'abcès est intra-amygdalien.* — La manière d'agir est bien simple. Il suffit de plonger le couteau galvanique dans l'épaisseur du tissu amygdalien, vers la partie moyenne de la glande, d'avant en arrière et de dedans en dehors, pour

donner issue au pus qu'il contenait; on fend ainsi l'amygdale en deux parties. Les suites opératoires sont à peu près nulles, le malade étant rapidement soulagé et guéri.

2. *L'abcès est classique*, c'est-à-dire *antéro-supérieur*. — Le diagnostic a été précoce, il est fait vers le troisième ou le quatrième jour. La luette est épaissie, œdématiée; le voile du palais est rouge, bombant en avant; il est infiltré. La malade ouvre encore très facilement la bouche, et l'on ne sent pas encore cette boutonnière formée par l'écartement des faisceaux musculaires. (Lemaître.)

On anesthésie d'abord la région soit avec une solution de cocaïne au 1/5, soit, mieux encore, avec le liquide de Bonain (chlorhydrate de cocaïne, menthol, acide phénique ãã) appliqué sur la surface préalablement séchée avec un peu d'ouate hydrophile.

Ce point, très connu de tous, est situé à la partie antéro-supérieure de la loge amygdalienne, à un centimètre ou deux en dehors du bord interne du pilier antérieur; et au-dessus de la fossette sus-amygdalienne, on plonge la lame du galvano non pas simplement d'avant en arrière, comme le recommandent la plupart des auteurs (Escat, etc.), mais aussi de dedans en dehors, c'est-à-dire en se dirigeant obliquement vers la paroi externe de la loge. On traverse ainsi le voile dans toute son épaisseur, un centimètre et demi environ à deux centimètres, suivant le degré d'infiltration; puis on pousse plus profondément dans le tissu cellulaire péri-amygdalien, comme si on voulait traverser la loge elle-même. Il est rare que, dans cette région, on ne donne pas issue à la collection purulente. S'il en était autrement, s'armant alors de la sonde cannelée, on irait dilacérer les parties voisines tout autour de l'amygdale, sans crainte de voir se produire de rupture vasculaire importante. Du reste, une hémorragie se produirait-elle, qu'elle pourrait être facilement réprimée en tamponnant à la gaze iodoformée la cavité creusée à travers le voile palatin.

Si le diagnostic a été bien établi, on doit trouver du pus le troisième ou le quatrième jour au plus tard après le début de l'infection.

3. *L'abcès est péri-amygdalien postérieur.* — L'amygdale refoulée en avant, le pilier fortement infiltré, boudiné, rouge, etc.

Laissant alors de côté le voile du palais et l'amygdale, on pénètre immédiatement en arrière de cette glande *dans l'épaisseur même du pilier*, en allant également d'avant en arrière et obliquement vers la région externe.

L'incision doit se faire à peu près dans la région correspondant au tiers supérieur de l'amygdale. L'épaisseur du tissu à inciser est bien moins considérable que dans le cas précédent, un demi-centimètre à un centimètre au plus, et l'on tombe dans la poche purulente, qui se vide facilement à l'extérieur.

4. *L'abcès est péri-amygdalien externe.* — Dans ces cas, l'intervention est moins facile. En effet, le pus se trouve collecté vers la paroi externe de l'amygdale, du côté de l'aponévrose pharyngienne; mais, en dedans de cette dernière, l'infiltration est diffuse, et la région délicate et dangereuse, à cause de la présence des gros vaisseaux qui se trouvent à deux centimètres en dehors, à l'état normal, et beaucoup plus loin lorsqu'il existe de l'infiltration et du pus entre eux et l'amygdale.

Aussi, le diagnostic étant bien assuré, on traverse d'abord toute l'épaisseur de l'amygdale, vers le tiers supérieur; puis, dirigeant le couteau galvanique obliquement, d'avant en arrière et de dedans en dehors, on va vers la paroi externe, jusqu'au fond de la loge, c'est-à-dire à deux centimètres et demi ou même trois centimètres.

Si l'on n'a pas trouvé de pus, il est prudent de ne pas insister, car l'orifice ainsi créé un peu à l'aveugle, je l'avoue, doit être suffisant, mais fait avec prudence. S'armant alors de la sonde cannelée, le chirurgien peut encore chercher,

au-dessus de l'ouverture, la collection

tte manœuvre n'aura pas ramené de
nmoins sa sortie. Très souvent j'ai vu,
ions de ce genre, l'abcès se vider soit
, soit au maximum vingt-quatre heures

pendant que j'ai vu aussi survenir,
après, une véritable hémorragie, qui
ais grave. Il eût, du reste, été relative-
rimer en bourrant l'orifice, pratiqué au
dale elle-même, avec de la gaze iodo-
Je n'ai jamais eu à intervenir pour des
.

ile d'insister ici sur l'importance qu'il
nne heure des abcès qui, en raison,
a tendance à se diffuser vers la région

st appelé très tardivement auprès d'un
uvrir la bouche, ou bien si, malgré l'in-
érieure prudemment faite, les symp-
nuent à évoluer, on est autorisé à agir
ais en se rappelant qu'il faut aller très
t même *jusqu'au pharynx*, pour trouver
up plus profond que dans l'abcès latéro-
ou l'adéno-phlegmon du cou. Cette
être faite lentement, couche par couche,
roformique, cela va sans dire.

ois, dans ses grandes lignes, la manière
r traiter les abcès amygdaliens et péri-
u'ils aient produit les troubles graves

.

ératoires et la manière de procéder
diagnostic précoce, qui seul comman-

dera l'ouverture hâtive et indiquera le point dans lequel il faudra agir. Une fois l'abcès évacué, il sera convenable de prescrire au malade un gargarisme émollient et détersif, tel que la solution suivante, dont on mettra une cuillerée à café par demi-verre d'eau tiède.

Solution avec :

Acide phénique		4	grammes
Borate de soude	āā . .	5	—
Bromure de potassium . .			
Alcool de menthe		30	—
Glycérine		120	—

Pendant les premiers jours, on pourra employer cette solution mélangée à de l'eau de guimauve, à une décoction de feuilles de coca, ou mieux, vingt-quatre ou quarante-huit heures après l'évacuation de l'abcès, à un demi ou un verre d'eau tiède.

Des lavages de la bouche, pratiqués avec la seringue, seront également un excellent moyen pour déterger l'arrière-gorge des produits qu'elle contient.

Il n'est pas inutile, vingt-quatre ou quarante-huit heures après l'intervention, d'écouvillonner la cavité de l'abcès avec une solution de chlorure de zinc au 1/30, de manière à nettoyer et à aseptiser parfaitement la région abcédée. Après trois ou quatre jours de ce traitement, on devra prescrire un gargarisme un peu plus astringent, de manière à favoriser la résolution complète et remettre les parties enflammées dans leur état normal.

Mais là ne devront pas se borner les soins du praticien ; une fois le malade parfaitement guéri, il sera utile d'examiner à nouveau la loge amygdalienne qui a été le siège de l'abcès, de manière à s'assurer qu'il n'existe pas, au niveau de la partie supérieure, de cryptes mal ouvertes, bridées par des tractus fibreux, ou des loges incomplètes dans lesquelles s'accumulent les produits de sécrétion susceptibles de devenir

ccasionner de nouvelles poussées suppura-

t toilette de l'amygdale; à l'aide d'un crochet
hant, on supprimera ces différentes brides;
orcellera la partie d'amygdale mal perforée,
ıvrir toutes les cryptes et permettre aux
tion de s'écouler facilement au dehors. En
n aura fait le nécessaire pour mettre le
es récidives si fréquentes en pareil cas.

né synoptique des 46 cas auxquels j'ai fait
s de mon travail :

-AMYGDALIENS ANTÉRO-SUPÉRIEURS

	SIÈGE	DÉBUT	OUVERTURE
se,	Ant.-sup. D.	4 jours.	A travers le voile. Pus abondant.
is- 2.	Ant.-sup. G.	?	A travers le voile. Pus.
ur	Ant.-sup. D.	7 jours.	A travers le voile. Pus.
in- s.	Ant.-sup. D.	8 jours.	A travers le voile. Pus.
ur s.	Ant.-sup. D.	2 jours.	Un peu de pus.
a- s.	Ant.-sup. G.	24 heures. Amélioré de suite; guérison 3 jours après.	A travers le voile. Sérosité louche.

AGE sion	SIÈGE	DÉBUT	OUVERTURE
1900. — .., marin,	Ant.-sup. D.	4 jours.	A travers le voile. Pus abondant laiteux.
1900. — , rouleur,	Ant.-sup. D. et G.	?	Spontanée. A D. 2 jours avant. A G. à travers le voile. Pus abondant.
1900. — , journa- ns.	Ant.-sup. ?		Ne peut ouvrir la bouche. Pus abondant.
1900. — ., domes- ns.	Ant.-sup. D.		Spontanément, mais non guérie. Morcellement.
1900. — énagère,	Antérieur G.	5 jours.	A travers le pilier antérieur. Pus très abondant crémeux.
1900. — ..., chaus-	Ant.-sup. D.	?	A travers le voile. Pus épais.
1900. — D..., ter- ans.	Ant.-sup. G.	3 jours.	A travers le voile. Un peu de pus.
1900. — , manœu- s.	Ant.-sup. D.	10 jours.	A travers le voile. Pus.
1900. — ., domes- ns.	Antérieur G.	5 jours.	A travers le pilier antérieur. Pus abondant.
1900. — , tailleur , 18 ans.	Ant.-sup. G.	4 jours.	A travers le voile. Pus.
1900. — ..., jour- ans.	Ant.-ext. G.	6 jours.	A travers le voile. Pus.

SIÈGE	DÉBUT	OUVERTU
nt.-sup. G.	?	Spontan Agrandisse de l'ouvert
nt.-sup. D.	4 jours.	Voile. Pus abond
nt.-sup. G.	1	
ant.-sup. ?		A travers le Pus abond
nt.-sup. G.	3 jours.	A travers le Pus.
nt.-sup. G.	4 jours.	A travers le Pus abond crémeu
artie sup.	4 jours.	A travers le postérieur, et Pas de pu qui se fait 24 heures a
Droit.	4 à 5 jours.	Quelques gr de pus

AMYGDALIENS POSTÉRIEURS

SIÈGE	DÉBUT	OUVERTU
stérieur D.	8 jours.	Pilier postér Pus.
stéro-sup. ?	8 jours.	A travers le Pus.

NOM, AGE PROFESSION	SIÈGE	DÉBUT	OUVERTURE
3. 18 janvier 1900. — Marie E..., domestique, 23 ans.	Postérieur G.	3 jours.	Pilier postérieur. Pus.
4. 19 février 1900. — Justin L..., tailleur, 32 ans.	Postérieur G.	15 jours ?	Pilier postérieur. Un peu de pus.
5. 1 mars 1900. — Adèle P.., tailleuse, 32 ans.	Post.-sup. D.	8 jours.	A travers le pilier postérieur. Pus.
6. 12 avril 1900. — Thérèse S..., journalière.	Droit.	8 jours.	Infiltration œdémateuse du pilier de haut en bas, jusqu'à l'aryténoïde et ses replis. Ouverture, rien [1].
7. 21 janvier 1901. — Jean M..., ouvrier, 40 ans.	Postéro-sup.	8 jours.	Pilier postérieur. Pus.
8. 15 janvier 1901. — Fernand M..., domestique, 19 ans.	Post.-sup. G.	?	Dans le pilier post. Un peu de pus.
9. 26 janvier 1900. — Noélie, lisseuse, 21 ans.	Gauche.	?	Spontanée à travers la partie antérieure du pilier postérieur.
10. 8 janvier 1900. — R..., 43 ans.	Postérieur G.	4 jours.	Dans le pilier postérieur. Pus abondant.
11. 8 janvier 1900. — Eugène D..., chauffeur, 32 ans.	Gauche.	4 jours.	Pilier postérieur. Pus abondant.
12. Janvier 1901. — maître d'hôtel, 35 ans.	Gauche.	4 jours.	Pilier postérieur. Pus abondant.

1. Il s'est agi dans ce cas d'un début d'abcès latéro-laryngien.

ABCÈS PÉRI-AMYGDALIENS EXTERNES

NOM, AGE PROFESSION	SIÈGE	DÉBUT	OUVERTURE
1. 9 novemb. 1899.— M. S. Augusta, giletière.	Gauche.	8 jours.	Contracture des mâchoires. Galvano et sonde cannelée, sur le fond de l'amygdale peu de pus, le crache le jour.
2. Février 1901. — X..., 42 ans.	Gauche.	8 jours.	Spontanée par la bouche. Infection générale. Mort.

ABCÈS INTRA-AMYGDALIENS

NOM, AGE PROFESSION	SIÈGE	DÉBUT	OUVERTURE
1. 16 juillet 1900. — Marie G..., passementière, 22 ans.	Intra-amyg.	5 jours.	Pus dans l'amygdale.
2. 19 mars 1901. — Georges R.., marin, 32 ans.	A eu un abcès le 15 mars à dr. ant. sup. Ouverture à la clinique.	?	Le 19 mars intra-amygdale gauche. Pus épais.
3. 28 janvier 1901. — Cyprien, marbrier, 31 ans.	Gauche.	3 jours.	Dans l'amygdale quelques gouttes de pus.
4. 27 mars 1901. — Anna C.., fleuriste, 19 ans.	Intra-amyg.	?	Incision dans l'amygdale. Un peu de pus.

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE DE LONDRES

Séance du 4 janvier 1901.

M. DE HAVILLAND HALL, président.

M. FELIX SEMON. — **Spasme chronique du palais, du pharynx et du larynx chez une femme de trente ans** *(Chronic spasme of the palate, pharynx and larynx in a woman aged thirty).*

La malade est actuellement soignée au National Hospital, dans le service du Dr Risien Russell, pour une paralysie et des attaques d'épilepsie. Elle a été déjà de la part de M. R. Russell l'objet d'une démonstration devant la Société de neurologie. M. Semon remercie son collègue de lui avoir permis de présenter ce soir la patiente devant la Société de laryngologie.

Mariée, la malade a eu six enfants dont trois sont morts, et une fausse couche; rien à signaler dans ses antécédents personnels et héréditaires. En janvier 1900, elle se fait admettre à l'hôpital pour des bruits de tic-tac dans la tête et de curieux mouvements dans l'abdomen. Ces mouvements sont une sorte d'élancements, comme s'ils étaient produits par un objet animé, et passent avec une très grande rapidité de l'estomac dans la gorge, le cou et les membres. Le bruit de tic-tac est noté pour la première fois par elle en octobre 1899 et depuis il n'a pas cessé. Ce bruit n'a apparemment aucun rapport avec es mouvements intra-abdominaux.

A l'examen, la malade, couchée ou debout, se présente la tête rejetée en arrière, le cou et le menton portés en avant, ce dernier est généralement incliné d'un côté ou de l'autre, la bouche est légèrement ouverte. Un léger bruit de tic-tac continu se fait entendre environ quatre fois par seconde. En regardant dans la bouche de la malade, on voit que ce bruit est produit par de rapides mouvements verticaux du voile du palais, associés à des mouvements analogues du plancher de la bouche. Ces mouvements ont lieu que cette dernière soit largement ouverte ou fermée; mais si l'on abaisse le menton dans sa position naturelle, la bouche étant fermée, le bruit

cesse, ainsi que les mouvements du plancher buccal, bien que la malade prétende sentir encore le palais se mouvoir.

Le bruit de tic-tac est perceptible quand la malade parle, entre chaque mot, mais il cesse, de même que les mouvements, pendant le sommeil; ceux-ci sont rythmiques, mais occasionnellement interrompus par des intervalles irréguliers à peine plus longs qu'une ou deux secondes, et reviennent aussitôt après.

L'épiglotte présente des mouvements similaires analogues et synchrones à ceux du voile du palais. Ces mouvements s'effectuent aussi dans une direction verticale; les cartilages aryténoïdes et les cordes vocales sont également animés de mouvements fréquents et énergiques qui se font d'un bord à l'autre, mais non pas de haut en bas. Comme ceux du palais et du plancher de la bouche, ils sont également interrompus de temps à autre par de courts intervalles d'arrêt. Ordinairement, les mouvements sont si énergiques que, pendant une respiration paisible, les surfaces internes des aryténoïdes se touchent l'une l'autre, mais les mouvements oscillatoires continuent lors même que la glotte est largement ouverte. Pendant la phonation, tout paraît normal.

Extérieurement on voit et on sent se contracter le muscle mylo-hyoïdien, tandis que le larynx tout entier se meut constamment de haut en bas et en même temps d'avant en arrière: ces mouvements sont spontanés et assez énergiques pour être communiqués au doigt palpant de l'examinateur. La mémoire et l'intelligence de la malade sont bien conservées, mais son moral est considérablement déprimé.

Les disques optiques sont sains; le système musculaire est bien développé; pas d'incoordination des mouvements ni de tremblements. Les réflexes sont normaux de même que le maintien, excepté la position de la tête décrite plus haut. On ne trouve rien d'anormal à l'examen de l'abdomen.

M. F. Semon termine en disant qu'il a désiré seulement relater ce cas, mais qu'il sait fort bien que dans l'état actuel de nos connaissances, il eût été absolument illusoire de vouloir élucider la cause de ce spasme chronique, son mécanisme et la localisation exacte du foyer de l'irritation.

M. Lambert Lack attire l'attention sur un travail qu'il a publié en 1898 dans *The Laryngoscope* et où, sous le titre de *Pharyngeal nystagmus and allied conditions of the pharynx and larynx,* il a relaté plusieurs cas analogues à celui qui vient d'être présenté. De plus, M. Bond et lui ont présenté chacun un cas devant la Société; les leurs étaient, il est vrai, moins accusés et les mouvements limités au pharynx et au voile du palais. Dans son article cité plus haut, M. L. Lack a rapporté à peu près tous les cas antérieurement publiés de spasme chronique du larynx et du pharynx. En les étudiant, il a trouvé qu'on pouvait les diviser en deux classes distinctes :

1° Les cas graves, ordinairement dus à quelque grosse lésion du système nerveux central, par exemple tumeurs du cervelet, etc.;

2° Les cas de moyenne intensité, qui sont d'origine réflexe et dus apparemment à une petite lésion locale, telle que catarrhe rétro-nasal, pharyngite sèche, etc.

M. Herbert Tilley relate un cas de la même affection survenue chez un adulte, chez qui seulement le côté gauche du pharynx présentait des mouvements spasmodiques continus s'étendant à toute la longueur de l'organe. L'affection s'est déclarée peu de temps après un grave accident de voiture. Le malade, ayant été projeté par terre, a reçu de violentes contusions et une forte commotion cérébrale. L'embarras de la parole devint très prononcé, le réflexe fut aboli, la langue tremblante; il existait en même temps le signe d'Argyll-Robertson. On porta le diagnostic de paralysie générale progressive.

M. Watson Williams croit que les spasmes cloniques du pharynx ne sont pas très rares dans la paralysie générale. Les cordes vocales sont beaucoup plus rarement impliquées. Il lui semble que ces tics convulsifs sont l'analogue (bulbaires) de tics psychiques (corticaux) et que quelquefois ils coexistent ensemble, car Kellogg a observé l'écholalie et la coprolalie associées au spasme clonique du pharynx.

M. Clifford Beale appelle l'attention sur le fait que les mouvements du larynx et du pharynx cessent aussitôt que l'attention du malade est portée à l'acte de la phonation ou de la respiration. Les cas de M. Lack diffèrent sous ce rapport de celui de M. Semon.

M. Scanes Spicer est d'avis que le bruit d'aspiration est produit dans le larynx par la séparation des surfaces humides opposées des pyramides aryténoïdes, car le bruit persiste non modifié lorsque le voile du palais est solidement appliqué contre la colonne vertébrale.

M. Cressvell Baber fait observer que le spasme pharyngé n'est pas rare; il a été décrit comme bruit objectif. Il n'a pas eu l'occasion d'observer un cas de spasme laryngé ou un autre cas où le spasme eût lieu si rapidement.

M. Semon répond qu'il partage la justesse des observations de M. Baber. Il a vu plusieurs cas de mouvements spasmodiques du palais, mais dans ceux-ci le spasme était limité au voile et n'atteignait pas le larynx. Il remercie M. Lack d'avoir appelé son attention sur son travail, paru dans le *Laryngoscope,* dont il n'a pas connaissance. Il ignorait complètement que des cas semblables au sien eussent été déjà antérieurement décrits, bien qu'il sache que Gerhardt ait mentionné des mouvements spasmodiques des cordes vocales comme le seul signe d'une tumeur du cerveau ayant comprimé les circonvolutions temporales.

M. Herbert Tilley. — **Empyème chronique du sinus frontal traité par l'opération radicale de Kuhnt** *(Chronic frontal empyema treated by Kuhnt's radical operation).*

Femme de quarante-six ans, se plaint principalement de douleurs sus-orbitaires gauches, d'un écoulement purulent chronique et d'une obstruction nasale (due à des polypes) du côté gauche.

Opération. — On enlève complètement la paroi osseuse antérieure du sinus; les produits pathologiques sont curettés; une ouverture large est pratiquée dans le nez; la cavité sinusienne est badigeonnée au chlorure de zinc et bourrée de gaze iodoformée; les parties molles sont ensuite suturées au catgut et l'extrémité de la lanière est ramenée dans l'angle interne de la plaie.

Cinq jours après l'opération, on retire environ six pouces de gaze; le reste du pansement est enlevé au bout de quatre jours. La cavité sinusienne paraît maintenant complètement guérie. La pression extérieure sur les parties molles s'exerce directement sur la paroi postérieure du sinus à laquelle elles adhèrent solidement, oblitérant ainsi la cavité. La malade est restée dix-sept jours à l'hôpital. A présent, cinq semaines après l'opération, la suppuration nasale paraît complètement tarie.

M. Saint-Clair Thomson. — **Cas de sinusite maxillaire (double), ethmoïdale et frontale. Opération suivie de guérison** *(Case of cured maxillary (double), ethmoïdal and frontal sinusitis).*

Le malade, âgé de quarante et un ans, est atteint depuis huit ans d'une suppuration nasale. Dans le Natal, où il résidait, le médecin lui perfora à deux reprises l'alvéole et, pendant quelques mois, il lui faisait faire des irrigations dans l'antre; mais la suppuration se rétablissait aussitôt qu'on cessait les lavages. Un examen plus approfondi fit constater que le sinus frontal était atteint du même côté (droit). Dans l'espoir que le sinus maxillaire agissait seulement comme réservoir, il a été drainé par l'alvéole, tandis que le sinus frontal a été ouvert extérieurement. Cette opération eut pour résultat de faire cesser l'écoulement du pus par le canal naso-frontal, qui s'est oblitéré; la partie du sinus mise à nu s'est remplie de tissu cicatriciel. Mais du pus suintait encore de l'angle externe de la plaie frontale et l'examen, pratiqué sous l'anesthésie chloroformique, a montré que ce pus provenait d'un diverticule du sinus frontal avec lequel il communiquait par un collet étroit ayant passé inaperçu au cours de la première opération. La poche, après avoir été ouverte et tamponnée, a guéri par le fond, juste comme une plaie mastoïdienne. La guérison a été lente et a duré trois mois, mais il n'y a pas eu de défiguration.

Le sinus maxillaire du même côté a été traité par l'opération Caldwell-Luc; les cellules ethmoïdales furent curettées. L'antre gauche qui, paraît-il, s'était récemment infecté par le sinus droit, a été simplement drainé.

Comme on l'a vu, le malade n'a pas été défiguré extérieurement, car l'incision passait au-dessous du sourcil. Intérieurement, la fosse nasale droite n'a subi aucune altération physiologique du fait de l'ablation des extrémités antérieures des cornets inférieur et moyen. Il n'y avait pas de pus dans le nez, mais quelques croûtes sèches qui se formaient journellement au-dessus de l'orifice des cellules ethmoïdales.

M. F. Semon propose de mettre une plaque d'aluminium, de platine, d'os décalcifié ou d'ivoire dans tous les cas de cette nature,

où toute la paroi du sinus frontal a été enlevée. Cette intervention réussit très bien partout ailleurs, pourquoi ne réussirait-elle pas dans la région du sinus frontal? La défiguration en sera considérablement diminuée ou même tout à fait nulle.

M. Watson Williams rappelle qu'à la réunion de l'Association médicale britannique, à Portsmouth, en 1899, ont été relatés deux cas d'ostéite suppurée diffuse consécutive à des opérations pour empyème du sinus frontal. Il désire connaître l'opinion de ses collègues sur le danger probable qu'offrirait une semblable prothèse par la pression exercée sur des sinus frontaux trépanés, curettés et nettoyés, comme dans la cure radicale.

M. Cresswell Baber dit que les chirurgiens paraissent revenir à l'opération de Kuhnt, qui enlevait toute la paroi du sinus. Lui-même a présenté à la Société un cas très rebelle, où, tous les moyens ayant échoué, on eut recours à cette opération radicale qui amena une guérison complète. La dépression a été peu marquée, et les résultats des plus satisfaisants. M. Baber demande s'il est avantageux ou non de faire une ouverture large dans le nez? Dans la cure radicale, l'écoulement s'échappe à la surface et le sinus se remplit de tissu de granulations sain. Il est persuadé que la partie antérieure du cornet moyen doit être enlevée avant de procéder à l'ouverture du sinus frontal.

M. Scanes Spicer dit que dans les deux cas dont il s'agit, avant de trépaner le sinus frontal, il aurait fait une ablation beaucoup plus complète de la partie antérieure du cornet moyen et des cellules ethmoïdales antérieures. Il a observé plusieurs cas qui, ayant présenté tous les signes et symptômes de l'empyème frontal, ont guéri par ce procédé sans qu'on ait eu besoin de recourir à une opération extérieure; lors même qu'on n'obtenait pas la guérison par ce moyen, cette ablation large a l'avantage de faciliter énormément le drainage du sinus frontal par le nez.

Tout en reconnaissant la nécessité d'une résection complète de la paroi antérieure du sinus dans des cas rares, M. Spicer redoute la défiguration qui en résulte et pense que le curettage de la région ethmoïdale antérieure rendra cette opération encore moins souvent nécessaire.

M. Saint-Clair Thomson, en réponse, dit que la moitié antérieure a été enlevée avant l'opération sur le sinus frontal. Dans son cas, il a commencé à opérer d'après le procédé d'Ogston-Caldwell-Luc et a passé son petit doigt en haut du nez, dans le sinus. Pendant le traitement, il a changé d'idée et a réussi, en exerçant une légère pression, à séparer le sinus frontal du nez. Le malade

n'a couru aucun risque de se réinfecter, et cela tout simplement parce qu'il n'avait plus de sinus.

L'idée de M. Semon mérite attention. D'autres substances peuvent être employées en dehors de la platine. L'auteur d'un récent article, paru dans *The medical Press and Circular*, préconise dans ce but la vaseline solidifiée.

En réponse à diverses questions, M. TILLEY dit qu'en raison de la défiguration produite par une opération si radicale, il est d'avis qu'on ne doit la pratiquer que dans des cas exceptionnels. Dans sept cas antérieurement présentés par lui à la Société, il a obtenu des résultats également satisfaisants sans aucune déformation, et la portion enlevée de la paroi antérieure a été, dans tous ces cas, bien moins considérable.

D'après lui, l'opération de Kuhnt offre, en réalité, très peu ou point de danger d'une ostéomyélite septique consécutive, si l'on ne suture pas la plaie extérieure à la fin de l'opération. Pour éviter cette opération, il est aussi prudent de pratiquer une large ouverture dans le nez, ce qui, de plus, a l'avantage d'enlever les cellules ethmoïdales antérieures qui sont toujours malades et qui, si elles sont laissées intactes, diviennent susceptibles de réinfecter le sinus, si soigneusement que ce dernier ait été traité par le curettage et la désinfection.

M. LAMBERT LACK. — **Un cas d'épithélioma de l'amygdale et des ganglions cervicaux. Opération. Guérison** *(Case of epithelioma of the tonsil and glandes in the neck; operation; recovery).*

Le malade, âgé de cinquante ans, est venu, il y a un mois, consulter M. Lambert Lack pour une masse douloureuse dans la gorge.

A l'examen, l'auteur trouva une ulcération occupant la position de l'amygdale droite et des dimensions d'une pièce d'un florin. L'ulcération s'étendait au pilier postérieur, à la paroi latérale du pharynx et à la langue. Les bords de la tumeur étaient indurés. Pas d'engorgement des ganglions cervicaux. Comme le malade désirait se faire opérer et que le cas paraissait à l'auteur éminemment propice à une intervention, un fragment de tumeur a été enlevé et soumis à l'examen microscopique. Celui-ci révéla la nature incontestablement épithéliomateuse du néoplasme.

L'opération, faite par l'auteur, peut être divisée en quatre temps :

1° Incision le long du bord antérieur du sterno-mastoïdien; mise à nu des gros vaisseaux dans le triangle antérieur; extirpation de quelques ganglions engorgés et résection du fascia recouvrant les gros vaisseaux. Ligature de la carotide externe et de quelques-unes de ses branches. Gros tampon de gaze placé entre les deux carotides et la paroi latérale du pharynx.

2° Trachéotomie et insertion d'une canule de Hahn.

3° La joue a été fendue de la commissure jusqu'à la branche du maxillaire. Une grosse éponge, attachée à un fil, a été placée dans le larynx.

4° Section des piliers à l'aide de ciseaux; ablation de la tumeur en partie avec des ciseaux et en partie séparés de la paroi latérale du pharynx par la dissection avec le doigt. La plaie buccale est restée séparée de celle du cou par une mince couche de fascia. Il n'y a pas eu d'hémorragie dans le sens propre du mot.

La ligature temporaire de la carotide et de ses branches a été enlevée et les plaies du cou et de la joue suturées. La canule trachéale est restée jusqu'au lendemain. Au bout de vingt-quatre heures, le malade pouvait avaler; la marche ultérieure de la convalescence n'a été signalée par aucun incident. La plaie cervicale et celle du cou ont guéri par première intention. Le patient a quitté l'hôpital quatorze jours après l'opération.

Le malade présenté par l'auteur montre l'excellent résultat immédiat qu'on peut obtenir par un tel procédé. Il est important, et le salut du malade en dépend, que la plaie cervicale ne communique pas avec la plaie buccale et qu'elle ne puisse être infectée par celle-ci. Le danger d'une hémorragie est entièrement conjuré par la ligature temporaire des vaisseaux et la trachéotomie. Ce cas fait également ressortir le fait que même des ganglions notablement engorgés peuvent ne pas être perçus à la palpation et que, dans chaque opération de ce genre, il est, par conséquent, nécessaire de pratiquer une incision au cou.

M. Henry Davis. — **Membrane bilatérale du pharynx** *(Bilateral webbing of the fauces).*

La malade atteinte de cette anomalie était âgée de cinquante-deux ans. La membrane était probablement le résultat d'une ancienne ulcération, mais l'aspect symétrique des bandelettes fibreuses paraissait indiquer une cicatrisation à la suite d'une ulcération de quelque malformation congénitale des piliers.

Depuis son enfance, sa parole était défectueuse; pendant dix ans elle souffrit de maux de gorge et était atteinte de bourdonnements d'oreille et de surdité.

M. le Président dit que pour lui il n'y a point de doute; il s'agit dans ce cas d'une ulcération d'origine scarlatineuse. Il a observé un cas analogue consécutif à la variole, mais la fièvre scarlatine en est la cause la plus fréquente. Il ne pense pas, pour le moment du moins, que cela soit d'origine congénitale.

M. Saint-Clair Thomson a observé un cas semblable qui était uniforme et régulier et où il n'a pu découvrir aucune histoire de syphilis. M. Bland Sutton, à qui il avait soumis le cas, affirma que la malformation ne correspondait à aucun défaut de développement.

M. Fitz-Gerald Powell a présenté, il y a quelques années, un cas analogue à la Société de laryngologie. Les piliers postérieurs, à contours réguliers, étaient fixés en bas, à la paroi postérieure du pharynx. Il pensa d'abord à une anomalie par défaut de développement, mais l'opinion générale de la Société fut que la malformation était le résultat d'une ulcération scarlatineuse ou autre.

M. Felix Semon, tout en professant le plus grand respect pour l'opinion de M. Bland-Lutton, ose différer d'avis avec ce savant embryologiste. Il pense qu'un pareil cas peut très bien s'expliquer embryologiquement. Personne ne met plus en doute l'existence d'un grand nombre de cas où les piliers antérieurs présentent des fentes absolument symétriques sans qu'aucun processus ulcératif puisse en expliquer l'origine. En ce qui concerne le cas de M. Davis, il partage l'avis de ce dernier qu'il s'agit là d'une lésion mixte entre un arrêt de développement et une ulcération acquise.

M. Watson Williams partage cette opinion quoique l'aspect symétrique de la membrane fasse penser à une origine congénitale.

M. Clifford Beale dit que la question offre un intérêt suffisamment grand pour qu'on se donne la peine de déterminer si, en

principe, ces cas sont dus aux toxines de la fièvre scarlatine. En faveur d'une telle hypothèse plaide la distribution des fentes du palais qui suivent les contours de l'inflammation, si souvent observées au début de la scarlatine. Contre la théorie parle le fait que, quoique au cours de la pratique hospitalière les médecins aient l'occasion d'examiner un grand nombre de gorges d'individus ayant été atteints de scarlatine, de pareilles divisions du voile sont rares.

M. Herbert Tilley opine également pour l'origine post-scarlatineuse du cas qui serait le résultat d'une ulcération. Tout récemment, il a observé un cas presque identique sur une femme qui était venue le consulter pour une surdité également consécutive à la scarlatine.

M. Baber ne doute point que l'anomalie ne soit due à une ulcération antérieure dans la gorge.

M. Dundas Grant prétend que le cas offre des caractères du plus haut intérêt. Le côté droit de la gorge lui paraît présenter une anomalie d'origine congénitale, mais le côté gauche a dû être le siège d'un abcès contemporain à l'otite suppurée aiguë consécutive à la fièvre scarlatine dont la malade avait été atteinte dans son enfance.

M. Grant a observé dans les hôpitaux, parmi des enfants atteints d'affections fébriles, de nombreux cas où l'on constatait un état semblable à celui qui existe ici sur l'amygdale gauche et produit par un abcès périamygdalien d'origine scarlatineuse.

(A suivre.) Trivas.

ANALYSES DE THÈSES

Oreille et hystérie, par le Dr Chavanne.

Ce travail inaugural constitue l'œuvre de beaucoup la plus complète qui existe sur l'intéressante question des rapports de la grande névrose et de l'appareil auriculaire. Il démontre, d'ailleurs, que ces rapports sont beaucoup plus fréquents qu'on ne le soupçonne, à la condition qu'on veuille bien les rechercher systématiquement.

Un historique d'abord, puis l'étude détaillée des moyens, procédés divers préconisés pour l'examen objectif et fonctionnel de l'oreille, c'est ce que nous trouvons dans la première partie

de la thèse. Et, hâtons-nous de dire dès maintenant que la documentation bibliographique dont M. Chavanne fait preuve dans ces premiers paragraphes, et d'ailleurs dans tout le cours de son travail, constitue un véritable « monument » de critique historique.

Parmi les procédés susceptibles d'être utilisés pour l'examen fonctionnel d'une oreille, M. Chavanne en a adopté et systématiquement employé, pour l'étude de ses hystériques, un certain nombre qui lui ont, d'ailleurs, donné des résultats constants. Ce sont : la méthode de l'audition aérienne de la montre, de la voix chuchotée, le procédé de Weber, de Rinne, de Bing, de Corradi, et la méthode des pressions centripètes. Il a aussi, chez chacun de ses sujets, observé et soigneusement noté la perception cranio-tympanique et aérienne d'une série, toujours la même, de diapasons (ut^1 à ut^6). Les résultats obtenus, il les compare (perception cranienne avec perception cranienne, perception aérienne avec perception aérienne) aux résultats constatés chez des sujets normaux, exprime le tout en centièmes et le consigne en un diagramme très expressif.

C'est à l'aide de ce faisceau de moyens que M. Chavanne a méthodiquement étudié chacun de ses très nombreux cas personnels. On peut donc avoir une idée de la rigueur scientifique avec laquelle il a mis en lumière le caractère hystérique des manifestations auriculaires un peu frustes qu'il a été à même d'observer et l'exactitude avec laquelle il a, dans un autre ordre de cas, fait la part de ce qui dépend de la lésion auriculaire et de ce qui relève de l'hystérie.

Il a eu, en effet, l'occasion d'observer deux grandes catégories de malades. Les uns sont des hystériques chez qui les manifestations auriculaires névropathiques devaient être cherchées, comme on le fait, par exemple, pour le rétrécissement du champ visuel : c'est l'étude de ces sujets qui lui a permis d'établir l'existence d'un syndrome otique de l'hystérie. L'autre série de malades lui a fourni le cadre de l'hystérie auriculaire monosymptomatique; elle est constituée par les cas où la manifestation auriculaire est le seul symptôme ressortissant à la névrose et ceux où il existe d'autres symptômes hystériques, tandis que l'élément auriculaire domine la scène.

Les conclusions auxquelles M. Chavanne est arrivé après l'étude de tous ces cas sont extrêmement intéressantes, diffé-rent très sensiblement de celles admises par certains auteurs et méritent d'être indiquées ici :

Syndrome otique de l'hystérie. — Chez les hystériques ne présentant pas de troubles de sensibilité, il existe presque constamment de l'hypoesthésie acoustique bilatérale, mais toujours plus accusée d'un côté. Cette diminution de l'acuité porte de préférence sur les tons moyens et l'ouïe présente parfois des lacunes absolues qui portent généralement sur les tons extrêmes; d'ailleurs cette diminution est plus accusée pour la perception cranio-tympanique que pour la perception aérienne. La latéralisation du Weber se fait du côté de l'hypoes-thésie acoustique la moins accusée. Les épreuves de Rinne, Gellé, Bing et Corradi sont positives. Quant à la réaction galvanique, elle n'indique pas d'hypoexcitabilité marquée. Il faut noter aussi que l'acuité auditive varie au cours de la névrose, et que, généralement, les hystériques ne s'aperçoivent pas de leur hypoesthésie acoustique.

Quand, au contraire, il existe des troubles de la sensibilité, la sensibilité du pavillon et du conduit auditif cartilagineux suit dans ses variations la sensibilité de la face, mais celle du conduit auditif osseux et du tympan a une allure autonome; à noter, d'ailleurs, que l'anesthésie absolue du tympan, de la caisse et de la trompe est exceptionnelle. La sensibilité du nerf acoustique n'a pas non plus de rapport constant avec la sensi-bilité cutanée et l'hémianesthésie cutanée est rarement accom-pagnée d'hémisurdité; on observe, cependant, habituellement de l'hypoesthésie acoustique, tandis que l'hémianesthésie sensi-tivo-sensorielle absolue est très rare.

Chaque partie de l'oreille est, d'ailleurs, susceptible de devenir une zone hystérogène.

Hystérie auriculaire monosymptomatique. — La névrose peut se manifester par : 1° des phénomènes d'anesthésie; ils constituent :

α) De la surdité;

β) De la surdi-mutité;

γ) De la surdi-cécité;

δ) De la surdi-muti-cécité.

2° Des phénomènes d'hyperesthésie ou algies, qui, selon leur localisation, sont :

α) De l'hyperacousie douloureuse ou hystérogène;

β) Zones hystérogènes;

γ) Vertige de Ménière hystérique;

δ) Otalgie;

ε) Algie mastoïdienne.

3° Des otorragies.

Chacune de ces manifestations hystériques fait l'objet d'un paragraphe spécial, avec indications bibliographiques, étude symptomatique, diagnostic, observations personnelles, etc.

M. Chavanne, en somme, consacre à chacune d'elles une véritable monographie.

En tout dernier lieu, cet auteur s'occupe de l'hystéro-traumatisme; ce dernier constitue, en effet, pense-t-il, une entité propre à la condition de ne pas chercher à en trop élargir le cadre et d'éliminer tout ce qui est lésion vraie de l'oreille interne, du nerf acoustique ou des voies auditives centrales. Il admet que l'hystéro-traumatisme peut réaliser toutes les manifestations auriculaires propres à la névrose.

En résumé, on voit le travail considérable que représente cette remarquable thèse; elle contient, outre une extrême richesse bibliographique, des recherches personnelles et des résultats nouveaux. Nous nous contenterons de citer, à titre d'indication, le chapitre de la question presque inconnue des algies mastoïdiennes que nous nous sommes trouvés traiter, de notre côté, exactement à la même époque, avec des documents personnels, dans la *Revue hebdomadaire de laryngologie* (13 et 20 avril 1901).

Ce travail inaugural fait donc le plus grand honneur à son auteur, M. Chavanne, et au maître qui l'a inspiré, M. Lannois. (Thèse de Lyon, 20 avril 1901; librairie Baillière, Paris.)

Dr Liaras et Dr André Bouyer.

REVUE GÉNÉRALE ET ANALYSES

NEZ ET PHARYNX NASAL

Abcès chaud de la cloison nasale, par le Dr LACOARRET.

L'auteur rapporte une observation d'abcès aigu du nez d'origine traumatique.

Dans ce cas, le nez n'a pas subi la déformation caractéristique qui se produit habituellement à la suite d'une pareille lésion.

Le malade n'ayant pas été vu de suite après l'accident, il est difficile de déterminer la pathogénie de cet abcès. Le traumatisme a-t-il produit directement cet abcès, ou bien provoqué un hématome qui, s'échauffant bientôt, s'est abcédé? (*Ann. de la policlin. de Toulouse*, avril 1901.) Dr DUPOND.

OREILLES

Remarques critiques et observations nouvelles concernant le massage vibratoire de l'oreille *(Kritscher und neires zur Vibrationsmassage des Gehörorgans)*, par le Dr A. LUCAE.

Sur quatre oreilles dont l'état fonctionnel normal a pu être établi peu de temps avant la mort des individus, l'auteur a pratiqué des recherches expérimentales concernant le fonctionnement de l'appareil de transmission; après avoir mis à nu la région de l'enclume et du marteau, il a fixé soit dans le corps de l'enclume, soit dans l'articulation malléo-incudinaire une plume à ressort très fine dont la pointe était en contact avec un cylindre enregistreur tournant. Grâce aux courbes obtenues de cette façon, l'auteur a pu s'assurer que le massage électro-pneumatique détermine des mouvements de la membrane du tympan, lors même que l'appareil n'obstrue pas complètement le conduit auditif, et qu'au contraire, lorsque — ceci est le cas — il se produit des lésions de la membrane (hémorragies, ruptures, etc.).

Il est donc à recommander de ménager une ouverture latérale dans le tube destiné à être introduit dans le conduit. Le principal avantage du massage électro-pneumatique, avantage qui

lui est commun avec le massage opéré à l'aide du spéculum de Siegle, consiste à nous renseigner d'une façon assez exacte sur la mobilité de la membrane du tympan et du manche du marteau. Pendant les essais faits avec le dernier modèle de sa sonde à pression, l'auteur a trouvé que, même avec une compression de 3oo grammes, on ne produit aucune lésion, lorsque l'appareil de transmission est sain. Les mouvements communiqués aux osselets à l'aide de la sonde à pression se distinguent de ceux provoqués par le massage électro-pneumatique en ceci, que dans ce dernier cas il se produit une rotation du marteau et de l'enclume autour d'un axe déterminé, tandis que la sonde à pression refoule à l'intérieur l'axe lui-même et toute la chaîne des osselets, et il en résulte des excursions et une gymnastique beaucoup plus énergique de ces derniers. Les courbes obtenues à l'aide de la sonde à pression montrent que les excursions les plus amples sont provoquées lorsqu'on applique dès le début l'appareil sur la courte apophyse du marteau. Pour obtenir une action plus forte sur l'appareil de transmission, l'auteur a remplacé l'air compressible du conduit auditif et de la canule dont on se sert dans le massage pneumatique, par un milieu incompressible, l'eau, et il a imaginé à cet effet un appareil spécial qui consiste en un tube en T, dont la branche horizontale est introduite par un de ses bouts dans le conduit auditif, de façon à obstruer ce dernier complètement, tandis que le bout latéral de ce tube, fermé par une membrane en caoutchouc, est relié à la pompe à l'aide d'un tuyau en caoutchouc (massage hydro-pneumatique). La branche verticale sert à amener l'eau. Les essais faits avec cet appareil sur le cadavre ont donné des courbes à amplitudes beaucoup plus considérables que celles qu'on obtient à l'aide du massage pneumatique avec l'air ambiant. Les malades supportent très bien le massage hydro-pneumatique. Dans certains cas, notamment où le massage pneumatique et l'application de la sonde à pression n'ont donné aucun résultat, l'auteur a obtenu une amélioration de l'ouïe et une diminution des bruits subjectifs, grâce au massage hydro-pneumatique. Il a obtenu de meilleurs résultats encore en remplaçant dans son appareil à massage hydro-pneumatique l'eau par la sonde à pression

qu'il reliait directement à la membrane de caoutchouc, celle-ci réagissant au moindre changement de la pression de l'air. Dans ces conditions, la sonde est infiniment plus légère que lorsqu'elle est mise en mouvement par l'électricité, et pour obtenir le maximum d'effet, on n'a qu'à l'appliquer très légèrement sur la courte apophyse du marteau. (*Archiv f. Ohrenheilk.*, Band LI, 1, et *Zeits. f. Ohrenheil.*, XXXIX, 2, 1901.)

Dr JANKELEVITCH.

Un cas d'hémorragie de la carotide interne à la suite d'un cholestéatome *(Ein Fall von Blutung der Carotis interna in Folge von Cholesteatom)*, par le Dr HEINE..

La malade, âgée de cinquante-six ans, porteur d'une fistule rétro-auriculaire droite depuis son enfance, a été opérée, une année auparavant, à la clinique de M. Lucae pour un cholestéatome. Ce dernier avait les dimensions d'une noix, occupait l'apophyse mastoïde et la caisse, et envoyait, à travers la fenêtre ovale agrandie, un prolongement dans le vestibule. Perte de substance considérable dans la branche antérieure du canal semi-circulaire horizontal. En tamponnant et en nettoyant le vestibule, on voyait s'écouler du liquide cérébro-spinal. Six mois plus tard, nouvelle opération pour récidive du cholestéatome et formation de séquestres dans la caisse. Destruction de la plus grande partie de la paroi antérieure et de la partie antérieure de la paroi inférieure; curettage de ce qui restait de la paroi antérieure; mise à nu de la carotide. Quatre jours après l'opération, au deuxième pansement, il se produit une forte hémorragie, qui s'arrête complètement au bout de deux jours, sous l'influence du tamponnement. Trois semaines plus tard, nouvelle hémorragie extrêmement abondante qu'on arrive, il est vrai, à arrêter par le tamponnement, mai qui, grâce à des mouvements imprudents de la malade, se renouvelle encore à deux reprises pendant les jours suivants. Ce n'est qu'en fixant le tampon à l'aide d'une pelote et en appliquant un pansement compressif qu'on parvient à se rendre maître de l'hémorragie. Il se forme un hypopyon de l'œil droit, qui perfore la cornée. Cinq jours après que l'hémorragie eut été arrêtée, la malade meurt de septicémie, dont l'auteur croit

voir la cause dans la gangrène de la plaie et des tissus environnants déterminée par la compression qu'avait exercée le pansement.

Autopsie. — Début de leptoméningite purulente diffuse du lobe occipital droit. Plusieurs abcès de dimensions variant de celle d'un pois à celle d'une noisette dans l'écorce, et dans la substance du même lobe, un petit abcès dans l'hypophyse. Destruction de l'auditif et du facial. Séquestre au niveau de la face postérieure du rocher, dans la région qui se trouve en arrière du conduit auditif interne; un de ces séquestres est adhérent à la dure-mère. Suppuration du limaçon. Perte de substance des dimensions d'une lentille au niveau de la paroi postérieure très épaissie de la carotide, immédiatement au-dessous du point où elle forme un coude pour se diriger horizontalement vers le rocher. Bulbe de la jugulaire intact.

Pendant la vie, on avait supposé que l'hémorragie provenait précisément des bulbes de la jugulaire, et cela parce que l'hémorragie s'est arrêtée rapidement une première fois sous l'influence du tamponnement et lorsqu'elle s'est renouvelée, trois semaines plus tard, on n'a pas eu de peine non plus à l'arrêter, parce que le sang avait une coloration foncée et venait d'un jet continu, sans pulsation; enfin, parce que la compression de la carotide, pratiquée pendant la première hémorragie, était restée sans résultat. La cause du caractère particulier de cette hémorragie doit être cherchée dans l'épaississement des parois et le rétrécissement du calibre du vaisseau. Lors même qu'on aurait reconnu la vraie source de l'hémorragie, la ligature de l'artère serait restée sans résultat, et pour empêcher l'arrivée du sang par le bout périphérique et, par conséquent, par la carotide du côté opposé ainsi que par les vertébrales par l'intermédiaire du cercle artériel de Willis, on aurait été obligé d'appliquer quand même un pansement compressif; c'est ainsi que la ligature même de la carotide n'aurait pas pu prévenir la gangrène de la plaie. (*Deuts. med. Wochens.*, n° 29, 1901.)

Dr JANKELEVITCH.

Bordeaux. — Impr. G. GOUNOUILHOU, rue Guiraude, 11.

22e ANNÉE. — N° 37. — 14 SEPTEMBRE 1901.

REVUE HEBDOMADAIRE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

UN CAS D'ÉVERSION VENTRICULAIRE[1]

Par le Dr J. GAREL, médecin des Hôpitaux de Lyon.

Nous savons que l'on entend par *éversion ventriculaire* une saillie lisse et rougeâtre, le plus souvent unilatérale, qui recouvre la partie antérieure de la corde vocale et la masque parfois sur toute sa longueur. On désigne également cette affection sous le nom de *prolapsus du ventricule de Morgagni.* Ce phénomène, que l'on constate au miroir, est un symptôme commun à plusieurs maladies.

Les premiers auteurs qui ont signalé cette lésion, ont prétendu qu'il s'agissait d'une véritable hernie de la muqueuse ventriculaire, qui se retournait pour ainsi dire à la manière d'un doigt de gant. Il est reconnu actuellement qu'une semblable éversion est impossible de par la structure anatomique même du ventricule. La muqueuse intra-ventriculaire est trop adhérente aux parois pour permettre de concevoir une éversion totale.

La lésion est bien connue aujourd'hui, et si l'on consulte les divers travaux sur ce sujet, on voit que l'aspect laryngé décrit sous cette appellation est lié à des lésions bien différentes. Ce n'est pas que quelques auteurs n'aient voulu en faire une lésion tout à fait spéciale, mais ceux-ci ont tiré leurs

1. Travail communiqué à la Société française de laryngologie, mai 1901.

conclusions de statistiques trop restreintes, statistiques ne reposant que sur les cas observés par eux-mêmes et recueillis par conséquent au hasard de la clinique.

Si l'on tient compte des statistiques comparées des auteurs et des observations éparses, force est de reconnaître que le prolapsus ventriculaire n'est qu'un symptôme masquant des altérations fort diverses. Pour notre part, nous avons rencontré des éversions relevant de maladies très variées. Tantôt il s'agit de maladies générales, syphilis ou tuberculose, ou bien de laryngites aiguës ou chroniques, tantôt de tumeurs bénignes ou malignes nées dans le ventricule et venant faire saillie au dehors, ne trouvant pas dans la cavité d'origine un espace suffisant pour les contenir.

Gouguenheim a attribué à la tuberculose les éversions ventriculaires. Cette opinion, bien qu'exagérée, est cependant quelque peu soutenable, et nous admettons aussi que de nombreux cas relèvent de la tuberculose. Mais, à côté de cette affection, il en est pourtant d'autres qui peuvent donner naissance à la même apparence clinique.

Lussan, dans sa thèse (1898) inspirée par Lichtwitz, semble ne vouloir reconnaître comme véritable prolapsus du ventricule de Morgagni que les cas dépendant d'un processus catarrhal. Il rejette toutes les autres lésions, telles que la syphilis, la tuberculose et les tumeurs bénignes ou malignes. Noack, la même année, dans une note écrite à la clinique de Moure, est beaucoup plus éclectique et déclare que le prolapsus comporte une grande variété de lésions. Pour lui, l'examen microscopique de fragments enlevés est indispensable pour trancher la nature de l'affection. Nous nous rattachons à cette manière de voir, car, dans la majorité des cas, l'éversion n'est rien autre qu'un bourrelet œdémateux ventriculaire faisant saillie au-dessus de la corde vocale. C'est d'ailleurs l'opinion de Chiari et de Koschier.

Qu'il s'agisse de syphilis, de tuberculose, de cancer ou d'une lésion catarrhale aiguë ou chronique, la partie

muqueuse éversée n'est autre chose qu'un repli œdé
symptomatique de l'une de ces lésions. Mais, en deh
bourrelets œdémateux, il y a place aussi pour des for
non œdémateuses ou tumeurs ventriculaires venant
au-dessus de la corde vocale. C'est précisément un ca
genre que nous publions aujourd'hui. Ce cas est d'un
tout particulier en ce sens que le prolapsus observé
la vie a pu être vérifié *post mortem*.

Nous avons annexé à ce mémoire une planche sté
pique reproduisant la lésion telle qu'elle a été trouvé
cadavre. Chacun pourra de la sorte se rendre un
exact de la situation et du volume de la tumeur. On
apparaître au niveau de la partie antérieure du ve
gauche, dont la lèvre supérieure a été relevée av
épingle pour mieux faire saillir le néoplasme.

Observation. — *Anémie pernicieuse. Éversion ventr
gauche causée par une tumeur intra-ventriculaire.* (Obs
recueillie par M. Levet, interne du service.)

Le nommé L..., âgé de cinquante-sept ans, entre à l'hôpit
le service du Dr Garel, le 26 octobre 1899.

Cet homme n'a aucun antécédent héréditaire. Il n'a ni
sœurs. Il a fait la guerre de 1870 et y a contracté des doule
matismales qui ne l'ont jamais bien incommodé, car il n'
cessé d'exercer sa profession de cordonnier. Il n'a pa
syphilis.

Marié, il a eu deux enfants morts tous deux, l'un à c
d'une affection aiguë, l'autre à trois mois, d'athrepsie. Rien
profession ne l'a exposé à des intoxications provenant du fa
de son métier. Il n'est pas alcoolique et n'a présenté auc
de tuberculose dans le cours de sa vie. En somme, l'interr
est absolument négatif au point de vue des antécédent
logiques.

La maladie pour laquelle il entre à l'hôpital a débuté
courant de janvier 1899. Jusqu'à cette époque, il avait touj
bien portant. A ce moment, il commença à pâlir et à pe
forces; tout se borna à ces seuls symptômes jusqu'au
juillet, époque où il remarqua que sa vue devenait moins n

Actuellement le malade est d'une pâleur excessive, les p

inférieures sont légèrement bouffies. Les lèvres et les conjonctives sont à peine colorées. Léger œdème péri-malléolaire demandant à être recherché.

La respiration est facile, pas de toux ni expectoration. Le malade n'a jamais eu de point de côté. On constate une diminution des vibrations aux deux bases, ainsi qu'une diminution du murmure vésiculaire. Pas de flot, pas d'égophonie, pas de râles; rien du côté des sommets.

Le pouls est mou, il bat à 96-92. La pointe du cœur bat dans le cinquième espace, en dedans de la ligne mamelonnaire. Pas de frémissement. A l'auscultation, soit au niveau de la base du cœur, soit au niveau des vaisseaux du cou, on entend des souffles anémiques nombreux et intenses. On les perçoit également sur le globe oculaire et sur les os du crâne. Le sang est à peine coloré et ne tache pas le linge. Le nombre des globules sanguins est de 800,000 à 900,000 par millimètre cube.

Le tube digestif est en parfait état. La langue est bonne, l'appétit conservé et les digestions excellentes. A la palpation du ventre, on ne trouve pas la moindre trace de tumeur. Il n'y a ni diarrhée ni constipation. La rate ne donne pas de matité appréciable. La matité hépatique descend à deux travers de doigt au-dessous du rebord des fausses côtes.

Rien d'anormal dans les urines.

La vue, comme on l'a dit, est diminuée depuis fin janvier. A l'ophtalmoscope, on trouve des hémorragies rétiniennes des deux côtés.

Jusqu'à la fin du mois d'août, le malade n'avait jamais eu de troubles de la phonation. Subitement, dit-il, à ce moment sa voix devint un peu rauque et s'est maintenue dans le même état. La raucité serait même un peu plus marquée depuis quelque temps. La bande ventriculaire gauche semble un peu plus grosse que la droite et masque légèrement une partie de la face supérieure de la corde vocale. Au tiers antérieur, on aperçoit une petite saillie qui semble sortir du ventricule et s'avance en dedans jusqu'à dépasser le bord libre de la corde, saillie en tout semblable à ce que l'on est convenu d'appeler: éversion ventriculaire. Il n'y a pas de modification importante dans la tumeur dans les mouvements de respiration et de phonation.

On avait l'intention de prendre la photographie stéréoscopique du larynx pendant la vie, mais on dut attendre pour cela l'apparition d'un rayon de soleil. Malheureusement l'état du malade empira avec une telle rapidité qu'il fut impossible de mettre ce projet à

TUMEUR DU VENTRICULE GAUCHE DU LARYNX

exécution. Le malade succomba à son anémie le 20 novembre, sans présenter d'autres symptômes qu'une anémie progressivement plus grave.

L'autopsie est pratiquée le lendemain. Nous serons bref sur les lésions des organes, cette observation n'étant rapportée ici qu'au point de vue de l'état du larynx, état qui n'avait aucun rapport avec la maladie générale.

Les plèvres contiennent une petite quantité de liquide citrin.

Un léger œdème des poumons, et aux sommets quelques vieilles cicatrices de tuberculose.

Cœur normal. Quelques plaques d'athérome sur l'aorte.

Les reins sont d'une pâleur extrême, et la substance corticale est amincie.

Rien du côté du tube digestif. Au foie, pas de lésions appréciables à l'œil nu.

Du côté du larynx, on constate, avant de l'exciser, la petite saillie sortant du ventricule gauche. On incise alors le larynx de haut en bas, en arrière, entre les éminences aryténoïdes, et l'on aperçoit très nettement une tumeur qui sort du ventricule en soulevant la lèvre supérieure de l'orifice ventriculaire. La tumeur est formée par une petite masse du volume d'un gros pois. La muqueuse qui tapisse la cavité n'est nullement éversée, elle n'est le siège d'aucune inflammation. On ne trouve ni bourgeons ni induration. La surface d'implantation est sur la paroi externe du ventricule. Le pédicule de la tumeur est allongé, il mesure environ un centimètre, mais il est très mince transversalement. La tumeur est fixée pour ainsi dire par un repli en forme de charnière, dirigé de haut en bas et d'arrière en avant. Le pédicule est court, mais membraniforme, aussi permet-il à la tumeur des mouvements dans tous les sens.

Examen histologique de la tumeur fourni par le laboratoire d'anatomie pathologique des hôpitaux, dirigé par M. le Dr Paviot. Les coupes de la tumeur ont été faites suivant son plus grand axe, c'est-à-dire orientées de la partie la plus renflée vers la portion la plus mince. On a ainsi obtenu des coupes en raquette. Quand on examine la portion la plus mince, on trouve sur le bord un épithélium cylindrique en desquamation, et sur l'autre bord une ligne de petites cellules rondes, devenant épithélioïdes, tout à fait en surface; dans cette partie, ne sont interposées entre ces deux revêtements de surface que des glandes en grappes paraissant irritées, car elles ont toutes au centre des débris épithéliaux qui les dilatent et un épithélium de revêtement souvent en forme de cellules rondes à noyau rouge vif.

En s'avançant vers la partie la plus large de la coupe, on voit commencer des faisceaux musculaires striés, qui d'abord sont bien fasciculés, mais entre eux se glisse déjà un tissu cellulo-adipeux abondant.

En gagnant de plus en plus la partie large, on voit qu'un revêtement de surface n'existe plus que sur un bord de la coupe; l'autre bord répond à la face sur laquelle la tumeur était implantée et qui a été abrasée. Ce revêtement n'a plus de caractères bien nets, c'est une bande de cellules rondes, qui tendent à devenir épithélioïdes en surface; mais un revêtement stratifié ectodermique n'est plus nettement apparent. Au-dessous il y a un tissu dermique scléreux assez épaissi qui renferme quelques glandes en grappe dont la loge n'est plus conique, mais au contraire ovale et étalée parallèlement à la surface. Enfin, au-dessous commence un tissu adipeux à vésicules de dimension ordinaire. Ce tissu adipeux est divisé en logettes par un tissu conjonctif fasciculé adulte; souvent et par places, ces aréoles conjonctives sont fortement infiltrées de fibres et de grains élastiques. Dans ces faisceaux conjonctifs sont fréquemment pris des nerfs à myéline; ces filets nerveux de tous calibres sont toujours entourés d'un anneau conjonctif épais, mais jamais le tissu conjonctif ne les pénètre et ne tend à les dissocier.

Enfin, là aussi dans la portion la plus large de la tumeur, le tissu adipeux a complètement dissocié les faisceaux musculaires, et par place, pour ainsi dire fibre à fibre, sans les altérer autrement.

Aucune nappe d'infiltration lymphoïde ou embryonnaire, et aucune formation glandulaire dans la profondeur.

En somme, il s'agit d'un *fibro-lipome*.

Les cas d'éversion ventriculaire diagnostiqués pendant la vie et suivis d'autopsie ne sont pas très nombreux; il était donc important de signaler un semblable fait, qui a été observé dans tous ses détails. Il est cependant un signe que nous n'avons pas eu le temps de rechercher précisément à cause de la faiblesse rapidement croissante du malade. Nous voulons parler de la réduction de la tumeur au moyen de la la sonde. Ce signe, considéré comme pathognomonique par tous les auteurs, ne peut néanmoins être constaté dans tous les cas.

Un autre caractère important, c'est le changement d'aspect

de la glotte dans les mouvements alternés de respiration et de phonation. En général, la tumeur disparaît plus ou moins dans la phonation et fait une saillie plus grande pendant l'acte respiratoire. Dans notre cas, nous n'avons observé aucun changement dans la forme et la dimension du bourrelet dans les diverses positions du larynx.

Dernièrement, nous avions dans notre service un malade atteint de tuberculose pulmonaire et présentant un bourrelet très net de la muqueuse ventriculaire. En phonation, le larynx paraissait complètement intact, les deux cordes vocales, d'aspect blanchâtre, se rapprochaient normalement. Dès que le malade écartait les cordes pour faire une inspiration, un bourrelet lisse et rouge remplaçait aussitôt la corde vocale en la recouvrant, de telle sorte que l'on aurait pu croire que la corde gauche était blanche pendant la phonation et rouge dans les mouvements respiratoires.

Parfois ces changements d'aspect glottique sont très irréguliers. Il y a dix ans environ, nous avons eu l'occasion d'observer un chanteur amateur qui se plaignait d'être subitement enroué à certains moments, et qui, dans d'autres moments, pouvait chanter sans peine. Nous avons remarqué que dans certains efforts de phonation une petite tumeur émergeait brusquement de l'intérieur du ventricule et venait masquer la partie antérieure de la corde vocale gauche. Cette tumeur devait être fixée par un pédicule très résistant, car il nous fut impossible de l'extraire avec une pince. Tous les efforts de traction n'aboutissaient qu'à soulever le larynx en masse, la tumeur ne cédait en aucune façon. Il nous fallut recourir à l'anse galvanique pour mener à bien cette opération. Le malade fut définitivement guéri.

Nous avons aussi traité, il y a quelques années, un de nos confrères qui souffrait d'un enrouement très prononcé causé par une éversion ventriculaire gauche. Nous fîmes construire pour ce cas une pince à tube-forceps à mors courbes, afin de pouvoir pénétrer dans l'intérieur même du ventricule. Nous

avons pu extraire ainsi la plus grande partie de la tumeur. Ce cas rentrait dans la catégorie des faits signalés par Gouguenheim, car le malade mourut deux ans plus tard de tuberculose pulmonaire.

Les méthodes de traitement des éversions ventriculaires sont très variables.

Dans les formes catarrhales, une intervention est inutile, et il suffit d'appliquer des topiques locaux, la lésion œdémateuse ayant une tendance à rétrocéder naturellement. Dans les laryngites chroniques, on fera des cautérisations au nitrate d'argent ou avec des solutions plus ou moins étendues d'acide chromique. Solis-Cohen a recommandé des insufflations de sulfate de cuivre pulvérisé. On a aussi conseillé des cautérisations directes au galvanocautère; nous l'avons fait nous-même dans plusieurs cas. Toutes ces médications doivent être réservées pour les formes œdémateuses. Mais, dans les cas de tumeur, l'extraction est la seule intervention possible. On pourra se servir d'une pince ordinaire ou, comme nous, d'une pince à courbure spéciale, capable de pénétrer dans le ventricule. Quand la tumeur résiste à l'arrachement, on doit recourir à l'anse galvanique, qui permet d'enlever toute la partie extériorisée de la tumeur ventriculaire.

Quant aux éversions syphilitiques, elles sont passibles du traitement spécifique. Si l'on est en présence d'une éversion tuberculeuse, l'intervention dépendra beaucoup de la forme même de la tuberculose, et l'on devra escompter les chances de guérison d'après l'état général du malade. La laryngofissure employée par Lefferts dans son premier cas nous semble peu indiquée.

MENSTRUATION COMPLÉMENTAIRE
DE L'OREILLE GAUCHE[1]

Par le Dr **CHARLES**, de Grenoble.

OBSERVATION. — L'année dernière, étant en villégiature à Paris au 4 juin, des amis me prièrent de donner mes soins à Mme X..., cinquante-huit ans, leur femme de ménage, demeurant, 31, rue de Poissy. Elle se plaignait d'une démangeaison incessante et horriblement pénible du conduit auditif gauche. L'examen au spéculum ne montrait aucune lésion capable d'expliquer pareille démangeaison; pas d'excoriation, pas d'eczéma, le conduit est lisse et propre, le tympan est blanc mat, en bonne position; il présente une petite perforation au niveau du cadre tympanal dans le cadran postéro-inférieur. Aucun indice d'otorrhée; interrogée dans ce sens, la malade nous donne les détails intéressants suivants:

Il y a sept ans, Mme X..., qui jusque-là avait été très bien portante et très bien réglée, « vit le sang, » dit-elle, d'une manière beaucoup plus abondante et surtout plus irrégulière, c'est-à-dire deux fois par mois. Elle fut à cette époque à la Pitié, dans le service du professeur Berger, qui diagnostiqua un fibrome utérin, sans indications opératoires, puisqu'elle devait être près de la ménopause. Mais ce qui devient alors intéressant pour nous spécialistes, c'est qu'à cette époque, chaque fois que ses règles devaient revenir, la malade ressentait les prodromes suivants: lourdeur et congestion de la tête se localisant ensuite dans l'oreille gauche avec sensation très pénible d'oreille pleine, accompagnée de bourdonnements intenses, durant un jour ou deux, puis cessaient brusquement avec l'apparition des règles et d'un écoulement par la narine gauche. Cet écoulement, au dire de la malade, était bizarre, d'une couleur jaune orange avec des stries de sang; il était d'une odeur horriblement fétide, odeur perçue par la malade, qui en était fort incommodée, il était en outre très abondant; enfin la rhinorrhée et les règles disparaissaient en même temps.

Il y a trois ans, l'écoulement qui ne se faisait autrefois que par le nez, se fit alors et par le nez et par l'oreille gauche avec les mêmes phénomènes de coloration, d'intensité, de fétidité et de parallélisme absolu avec les règles, auxquels vinrent s'ajouter des déman-

1. Travail communiqué à la Société française de laryngologie, mai 1901.

geaisons incessantes du conduit auditif. Elle affirme, à ce moment, n'avoir jamais eu aucun rhume, ni coryza, ni affection quelconque pouvant expliquer une otite purulente.

Du reste, depuis ce temps-là (trois ans), l'écoulement nasal et auriculaire n'a jamais manqué d'apparaître avec les règles et de disparaître avec elles.

Actuellement, comme il est dit plus haut, conduit et tympan normaux, sauf une petite perforation dans le cadran postéro-inférieur. Insensibilité presque complète du conduit et du tympan, à tel point qu'il m'est possible de toucher à l'aide d'un stylet toutes les parois du conduit et de pénétrer dans la caisse par la perforation sans que la malade ait l'air de s'en apercevoir. Etonné de ne pas voir le réflexe de défense provoqué par la sensation horriblement pénible de l'attouchement du tympan, j'interrogeai la malade, qui me répondit que, bien loin d'être pénible, la sensation lui est agréable, parce qu'elle lui procure un soulagement momentané de la démangeaison.

Au pavillon, la sensibilité est normale.

L'acuité auditive est diminuée:

Voix basse :

O. D.	O. G.
1 mètre;	50 centimètres.

La douche d'air ne ramène aucun liquide par la perforation.

L'examen du nez et du pharynx ne révèle rien d'anormal.

Je prie la malade de revenir au moment de ses règles.

15 juin. — Mme X... n'a pu, à cause de ses occupations, venir au moment de ses règles; mais elle m'apporte des linges tachés, dit-elle, par l'écoulement auriculaire. Ce sont de larges taches, les unes jaune foncé et verdâtres par place striées de sang, les autres de sang rouge brique n n coagulé avec une auréole blanche, qui ne peuvent être que du sang menstruel. L'oreille est dans le même état qu'au premier examen, la perforation est absolument sèche.

Là, malheureusement, s'arrêtent mes investigations, car la malade n'est plus revenue. J'ai su depuis qu'intriguée par l'intérêt que je prenais à son affection (j'avais dit devant elle la rareté du cas), elle s'était laissé persuader par son entourage qu'en allant se montrer dans les hôpitaux, on la soignerait non seulement gratuitement, mais qu'on lui achèterait encore le droit de l'examiner.

Quoi qu'il en soit, bien qu'incomplète, l'observation ne laisse pas que d'être fort intéressante, car il s'agit de se rendre compte de trois choses importantes: l'écoulement auriculaire est-il complémentaire de l'écoulement génital? ou indépendant? Quel est son siège? Quelle est sa cause?

A la première question, il est difficile de répondre absolument catégoriquement, quoique tout porte à le croire. D'abord, les taches sanguines ont tous les caractères du sang menstruel : coloration, non coagulation, auréole séreuse. De plus, apparition, disparition et cessation de l'écoulement sanguin par l'oreille avec l'apparition et la cessation des règles. Enfin, régularité absolue des deux écoulements.

Le siège de cet écoulement est, à n'en pas douter, au niveau de l'oreille moyenne. Pendant quelque temps l'écoulement s'est évacué par la trompe d'Eustache et le nez; puis ces trois dernières années le drainage se faisait à la fois par le conduit et par la trompe, après perforation du tympan.

Quant aux causes provocatrices des hémorragies complémentaires par l'oreille, elles proviennent, comme on le sait, le plus souvent d'un état local ou d'un état général pathologiques.

Dans notre cas particulier, les deux causes habituelles se trouvent réunies : une otite moyenne chronique (cause locale) et l'hystérie (cause générale).

Dans l'espèce, l'otite chronique est indéniable, mais elle présente une évolution assez spéciale, que nous n'avons pu, à notre grand regret, suivre d'assez près.

Cette intermittence dans l'écoulement du pus, son apparition au seul moment des règles pour disparaître totalement entre temps, est tout à fait curieuse.

La diminution de l'audition, parallèlement à la diminution pour ne pas dire à l'abolition de la sensibilité au niveau du conduit et du tympan, est un signe constant, et absolu, d'hystérie auriculaire.

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE DE LONDRES

Séance du 4 janvier 1901.

(*Suite et fin* [1])

M. DE HAVILLAND HALL, président.

M. H. DAVIS. — Cas de goitre guéri par l'iodure de potassium *(Cas of enlarged thyroid cured by iodide of potassium).*

Il s'agit d'une jeune femme atteinte d'un volumineux goitre, asymétrique et pulsatile, ayant occasionné de la dyspnée, du stridor et des troubles fonctionnels prononcés. Il existait en même temps de la tachycardie et du protoptosis. Le début de la tumeur remontait à huit ans, mais subitement elle a pris un accroissement rapide; son volume augmentait chaque fois que la malade était exposée à l'impression du froid.

Au mois de juin 1900, la malade se fit admettre au London Throat Hospital et demanda à être opérée; à cette époque, une intervention chirurgicale paraissait le seul moyen de traitement possible. Cependant, avant de prendre cette résolution, la malade a été mise à l'iodure de potassium, à la dose de 25 centigrammes par jour, on y ajouta autant de fer; l'auteur prescrivit de plus des frictions sur le cou avec une pommade au biiodure d'hydrargyre et à l'iodure de potassium et des inhalations de vapeurs d'iode.

Dans l'espace de six semaines, la tumeur a disparu et tous les symptômes se sont rapidement amendés. Le traitement ioduré a été supprimé il y a quatre mois et, depuis, la glande thyroïde présenta des signes d'hypertrophie qui se sont de nouveau dissipés sous l'influence du même traitement.

La malade, auparavant anémiée, se porte maintenant très bien.

M. SPENCER dit qu'il n'aurait pas employé le mot *guérison,* quoique le traitement ioduré et thyroïdien soit souvent suivi, comme dans ce cas-ci, d'excellents résultats; mais tôt ou tard la récidive se produit et une intervention chirurgicale devient

1. Voir n° 36, du 7 septembre 1901.

s suprême pour le traitement de ces néoplasmes kysti-
tumeurs ont une tendance à rétrocéder et à se repro-
ont chez des sujets jeunes, tel le cas de M. Davis.
répond qu'il n'a pas eu l'intention de donner au mot
n véritable sens, ce qui n'eût peut-être pas été tout
. Le fait certain est que tous les symptômes ont d'abord
us l'influence du traitement ioduré; ils récidivèrent
lisparurent de nouveau après la reprise de la médication
malade ne suit maintenant aucun traitement. Il existe
petite tuméfaction kystique à peine perceptible.
T-Clair Thomson dit que dans les cas de tumeurs
es vraies, le traitement médical est de peu d'utilité.
emment l'occasion de s'entretenir à ce sujet avec le
Kocher, de Berne; d'après ce dernier, les malades n'ont
r entre les deux alternatives : ou continuer à souffrir,
opérer. Comme anesthésie, il préfère la cocaïne.
Gerald Powell dit que son expérience personnelle lui
ffirmer que le traitement médical par des iodures et
d de grands services. Il a observé nombre de cas de
que où les kystes s'étaient réduits, mais les choses ne
pas toujours ainsi, et alors une opération devient
Dans quelques cas, surtout chez de jeunes personnes,
les menstruels et anémie, l'amélioration doit être mise
partie sur le compte du fer.
et partage entièrement cette manière de voir. Il croit
dication iodurée est fréquemment suivie de résultats
. Il se rappelle un cas où le malade est allé consulter
us éminents spécialistes de Londres et celui-ci lui
ne opération. Cependant, auparavant, le patient a voulu
traitement médical et a pris de l'iodure de potassium.
ats furent excellents. La guérison persiste à présent,
nnées après.
a été autrefois partisan du traitement ioduré et a
nt obtenu des guérisons apparentes. Depuis sept ou
l a complètement abandonné tout traitement spécial et
précisément les mêmes résultats. Quelques cas se sont
spontanément, spécialement ceux qui antérieurement
traités par l'iodure de potassium et l'iode. Il n'a
t aucune confiance dans l'efficacité d'un traitement
écifique du goitre.
elan dit que le traitement médical ne donne que des
phémères. Il occasionne une contraction de la glande

que l'on peut comparer aux effets des injections, autrefois si en vogue. La glande diminuait de volume, restait petite pendant un certain temps, et le traitement était abandonné; mais, plus tard, la tumeur prenait un accroissement beaucoup plus rapide qu'auparavant. Ces cas-ci se comportent aussi bien sans traitement qu'avec un traitement médical; les cas graves sont tous justiciables d'une intervention chirurgicale.

M. Felix Semon rapporte le fait suivant que lui a raconté autrefois Sir Morell Mackenzie. Celui-ci allait faire une injection d'iode à un malade qui lui avait demandé s'il y avait du danger. Sir Morell Mackenzie, dont l'expérience comprenait plusieurs centaines de cas, répondit négativement. Le malade consentit, mais il mourut cinq minutes après l'injection, dans le cabinet de consultation de Mackenzie. M. Semon, dont l'expérience embrasse une période de vingt-cinq ans, affirme avoir guéri d'une façon durable un grand nombre de cas, grâce au traitement ioduré.

M. Scanes Spicer insiste sur le fait qu'un grand nombre de ces hypertrophies thyroïdiennes sont d'origine inflammatoire et s'accompagnent de douleur locale et d'élévation de la température. De pareils symptômes disparaissent rapidement à l'aide de frictions avec une préparation iodée quelconque, lors même qu'ils s'accompagnent de quelques-uns des signes de la maladie de Graves, tels que tachycardie, palpitations et exophtalmie.

M. Felix Semon désire définir plus nettement sa manière de voir. Son expérience lui a enseigné que des goitres mous et absolument parenchymateux, survenant surtout chez des jeunes filles, se prêtent bien au traitement iodo-ioduré. Il a obtenu un grand nombre de guérisons avec l'iode et l'iodure de potassium à l'intérieur et à l'extérieur, sous forme de pommade ou de mixture. Dans des cas où existent des éléments kystiques ou fibreux le traitement médical échoue fréquemment. Dans le cas en discussion, il ne voit rien qui puisse faire croire à son origine inflammatoire.

M. Bronner dit que plusieurs cas, qui ont résisté à l'iodure de potassium, ont cédé aux tablettes d'iodothyrine.

M. Watson Williams mentionne un cas de goitre qui, entre les mains de M. Felix Semon, a guéri, il y a plusieurs années, par le seul traitement médical. Il n'existe, à l'heure actuelle, aucun vestige de tumeur.

M. de Havilland Hall a beaucoup employé autrefois les injections d'iode, mais il les a entièrement abandonnées depuis qu'un de ses malades, soldat de la garde, est mort d'une façon instantanée, une minute après l'injection.

M. Davis. — Un cas de tuméfaction de la joue et de la paupière gauches *(A case of swelling of left cheek and eyelid)*.

La malade, âgée de vingt-trois ans, était atteinte depuis deux ans d'une bouffissure de la paupière inférieure gauche et d'un gonflement de la région du maxillaire supérieur gauche et de la racine du nez. Dans l'hypothèse d'une affection antrale, le sinus maxillaire a été ouvert par l'alvéole d'une molaire préalablement extraite. Pendant neuf mois, la malade portait un clou et suivait un traitement. Excepté un léger gonflement des cornets moyens, on n'a rien trouvé dans le nez ni dans l'antre qui ait pu expliquer l'origine de l'affection. Le conduit nasal était perméable. La tuméfaction présentait ceci de particulier que l'état de la malade s'aggravait le matin et la nuit, et s'amendait dans la journée. Le traitement n'a apporté aucune modification. Pas d'albumine dans les urines; état général satisfaisant. L'auteur pensait qu'il s'agissait peut-être d'un œdème angioneurotique.

M. Bronner dit que ces cas sont très fréquents et s'observent souvent par des oculistes. On les rencontre toujours chez des jeunes femmes. Leur nature est inconnue, et ils sont généralement unilatéraux.

M. Scanes Spicer en a observé un cas associé à une suppuration des cellules ethmoïdales.

M. Watson Williams considère l'affection comme une conséquence d'érysipèle à répétition. Elle survient ordinairement dans des attaques franches au début, est suivie de périodes de repos et laisse finalement une tuméfaction de plus en plus persistante. Il en a observé deux ou trois cas contre lesquels tous les moyens de traitement se sont montrés impuissants.

M. de Santi dit qu'il a présenté autrefois à la Société un cas analogue qui, par son aspect, rappelait la description que vient d'en donner M. Williams. Dans son cas l'affection s'est déclarée après une piqûre de moustique; selon lui, cela serait un œdème lymphatique dû probablement au coccus spécifique de l'érysipèle cutané.

M. Davis dit que le gonflement, après avoir progressivement augmenté depuis huit ans, a subitement pris un développement plus rapide. Sous l'influence du traitement ioduré à l'intérieur et de frictions mercurielles, la tuméfaction a commencé à disparaître rapidement.

M. Furnis Potter. — **Angiofibrome récidivant des bandes ventriculaires et des cordes vocales** *(Recurrent angiofibroma involving the ventricular bands and vocal cords).*

Le malade, âgé de quarante-deux ans, est venu consulter l'auteur pour un enrouement qui s'était établi graduellement. L'examen laryngoscopique fit découvrir une tumeur trilobée qui remplissait le tiers antérieur des cordes vocales. L'exploration avec un stylet et ultérieurement l'ablation ont montré que la tumeur était formée de deux parties : une attachée à la bande ventriculaire gauche, qui histologiquement était un papillome simple, et l'autre fixée principalement à la bande ventriculaire droite et ayant envahi la corde droite dont la face supérieure était rugueuse et déchiquetée.

Depuis l'été 1899, le malade était étroitement observé. Malgré plusieurs extirpations effectuées de temps à autre, tantôt à l'anse, tantôt aux pinces, la tumeur a continué à récidiver. La surface actuellement envahie est beaucoup plus étendue que lors du premier examen; la commissure antérieure, la bande ventriculaire gauche et la corde(?) sont considérablement atteintes.

Le malade affirme avoir eu depuis quelques mois plusieurs hémoptysies; de plus, il souffre d'une gêne considérable de la parole.

M. le Président appellerait cette affection par un autre nom, c'est-à-dire : tumeur maligne du larynx.

M. Clifford Beale commente la mobilité parfaite des cordes et demande jusqu'à quel point on est autorisé à ignorer le fait qu'une tumeur cancéreuse du larynx détermine ordinairement une altération des mouvements des rubans vocaux. L'apparence de la tumeur est certainement celle d'une tumeur maligne.

M. Felix Semon dit qu'après avoir si souvent et si clairement exposé ses idées sur la mobilité de la corde atteinte dans les tumeurs malignes du larynx, il regrette qu'il puisse encore exister là-dessus quelques doutes. Cette mobilité dépend entièrement de la profondeur de l'infiltration, qu'il y ait ou non altération des mouvements. Si la lésion est superficielle, les mouvements peuvent être libres, lors même que l'affection est étendue; mais, d'autre part, dans des cas d'infiltration profonde, il peut y avoir altération des mouvements quoique la lésion soit encore peu prononcée. En

résumé : l'absence d'altération des mouvements n'est pas une contre-preuve de l'existence d'une tumeur maligne, tandis que sa présence est un signe de diagnostic précieux dans des cas où il existe des doutes sur la nature maligne ou bénigne du néoplasme.

MM. WAGGETT et POTTER demandent si la thyrotomie est indiquée dans le but de se rendre compte de l'état réel de l'affection.

M. SCANES SPICER demande si le malade a pris de l'iodure de potassium.

M. DE SANTI dit que plus tôt la thyrotomie sera pratiquée, mieux cela vaudra. La thyrotomie exploratrice peut rendre des services.

M. DE SANTI. — **Polypes récidivants du nez** *(Recurrent nasal polypi).*

La malade, âgée de dix-huit ans, était atteinte de polypes du nez pour lesquels elle n'a cessé de se faire traiter depuis quatre ans et demi dans divers hôpitaux. Les polypes furent enlevés à l'anse un grand nombre de fois, mais récidivèrent après chaque opération. Finalement, la malade se fit admettre dans le service de l'auteur, au Westminster Hospital.

A l'examen, on trouva de grosses masses de polypes durs occupant toute la cavité des deux fosses nasales; microscopiquement, les tumeurs étaient formées de tissu fibreux et muqueux. Sous l'anesthésie générale, l'auteur rabattit le nez après avoir divisé la muqueuse réfléchie de la lèvre et des gencives et atteignit ainsi les polypes. Ceux-ci furent enlevés à l'aide de pinces et soigneusement curettés. Les polypes récidivèrent au bout de six à sept mois. Nouvelle opération sous narcose générale. Huit mois après, les tumeurs commencèrent à repulluler et, à l'heure actuelle, la malade se trouve exactement dans le même état qu'auparavant. A en juger par l'aspect général des polypes et l'abondance de la suppuration, M. de Santi pensait à une suppuration des cavités accessoires.

En raison de la discussion générale sur le traitement des polypes du nez qui avait eu lieu à la dernière séance de la Société, M. de Santi s'est décidé à présenter ce cas qui montre les résultats de différentes méthodes de traitement et leurs échecs successifs. Il voudrait savoir si la méthode opératoire du Dr Lack serait indiquée, quoique dans l'une des deux

opérations pratiquées par lui sur sa malade, la technique opératoire avait été, à peu de chose près, la même que dans le procédé du Dr Lack.

M. HERBERT TILLEY ne doute pas que le cas ne soit une suppuration chronique des sinus accessoires. Il en voit la preuve dans ce fait que l'exploration du sinus frontal à l'aide d'un stylet est suivie d'un écoulement abondant de pus. Aussi longtemps que les sinus accessoires ne seront efficacement traités, les polypes continueront à récidiver comme par le passé. Les dimensions de la portion supérieure du nez de la malade sont caractéristiques d'une ethmoïdite suppurée.

M. DE SANTI demande à M. Tilley si, selon lui, les polypes du nez, chez sa malade, sont secondaires à un empyème du sinus frontal.

M. TILLEY répond affirmativement.

M. W. H. KELSON. — **Tumeur de la corde vocale droite chez un homme de trente-cinq ans** *(Growth of the right vocal cord in aman aged thirty-five).*

L'auteur montre de nouveau un malade qu'il avait déjà présenté à la dernière session de l'été dernier et au sujet duquel les opinions s'étaient partagées. Le patient étant instituteur, la tumeur a été extirpée au mois d'août dernier. Microscopiquement, la tumeur était un papillome.

M. FITZ-GERALD POWELL se rappelle avoir examiné le malade l'année dernière. Actuellement, on voit encore une petite portion de tumeur, qu'on pourrait facilement enlever, sous la commissure antérieure.

M. KELSON répond qu'il y a, en effet, un tout petit papillome sous la corde droite, mais le malade ayant recouvré sa voix et même passé avec succès un examen de chant, il préfère laisser les choses en l'état.

M. R. G. JOHNSON pour M. RICHARD LAKE. — **Lupus du pharynx** *(Lupus of the pharynx).*

Depuis le mois de novembre 1899, la malade était atteinte « d'une ulcération de la gorge et de dysphagie ». Pas d'histoire de phtisie ou de syphilis, congénitale ou acquise.

En avril 1900, amygdalotomie, suivie, immédiatement après, du retour de la voix.

A l'heure actuelle, on constate des signes très nets de tuberculose au sommet gauche.

A l'examen, on trouve un processus lupique ayant envahi toute la luette, les deux piliers postérieurs, l'amygdale gauche, une partie du voile du palais, à gauche de la luette, l'amygdale linguale, le reste de l'épiglotte, les replis ary-épiglottiques, les aryténoïdes et les bandes ventriculaires.

M. Davis a vu le cas au Middlessex Hospital; un fragment d'amygdale examiné au microscope a révélé la nature nettement lupique de l'affection.

M. J. B. Ball. — **Cas de paralysie bilatérale abductrice** *(Case of bilateral abductor paralysis)*.

Le malade, âgé de vingt-quatre ans, a été récemment admis au West London Hospital pour une hématocèle du testicule. Une opération ayant été jugée nécessaire, celle-ci eut lieu sous la narcose éthérée. Tandis que le malade était déjà endormi, mais avant qu'on eût procédé à l'opération, sa respiration s'arrêta et il devint cyanosé. On pratiqua la respiration artificielle, et l'air commença à entrer avec bruit. La respiration artificielle a été continuée pendant dix minutes, mais le stridor a persisté plus de trois quarts d'heure. Le lendemain, M. Ball, ayant été invité à examiner le larynx du malade, a constaté l'existence d'une paralysie abductrice bilatérale. Il y avait de l'asymétrie des cordes vocales et une certaine obliquité dans les contours de la glotte. Cet état devait remonter à plusieurs années, sinon être congénital, car le malade affirmait qu'autant qu'il puisse se rappeler, sa respiration a toujours été bruyante et devenait difficile au moindre effort. Sa mère ajoutait qu'étant enfant, il a toujours respiré avec beaucoup de difficulté et qu'en raison de cette gêne respiratoire on ne croyait pas, au moment de sa naissance, qu'il pût vivre longtemps.

Pas de signes d'affections thoraciques, pas d'antécédents de syphilis. Réflexes rotuliens conservés.

M. Spencer dit que le larynx offre un curieux aspect. Une corde est complètement paralysée; la corde gauche est suffisamment

mobile. L'affection pouvait être d'origine congénitale ou syphilitique. La question est de savoir si l'on peut traiter le larynx avec quelque chance de succès ou s'il faut laisser les choses en l'état? L'espace glottique n'est pas bien grand et il suffit d'une légère inflammation pour que les jours du malade soient mis en danger.

M. Watson Williams dit que la corde droite lui paraît complètement fixe et que la corde gauche est certainement mobile. La paralysie de la corde droite serait, selon lui, consécutive à quelque processus inflammatoire ancien, tandis que la paralysie abductrice de la corde gauche serait due à une affection plus récente. L'accélération du pouls constatée chez le malade ferait penser à l'existence d'une paralysie bulbaire.

M. Felix Semon dit qu'il y a plusieurs années déjà, il a posé ce principe que dans chaque cas de paralysie abductrice bilatérale, si le traitement médical ou chirurgical n'avait pas réussi à restituer l'activité des abducteurs, il était du devoir du laryngologiste de pratiquer la trachéotomie à titre de mesure prophylactique et de sauver le malade des dangers de suffocation. Depuis cette époque, il a observé plusieurs cas, où une paralysie abductrice bilatérale grave persistait avec impunité depuis bien des années. Il y a quelques années, il a présenté à la Société deux cas semblables dont un avait été montré à l'occasion du Congrès de médecine internationale de 1881, c'est-à-dire douze ans avant cette démonstration. Ce fait l'a rendu quelque peu sceptique en ce qui concerne la justesse de son ancienne théorie, quoique nombre de cas eussent été relatés, où la méconnaissance de la règle posée par lui avait été la cause de mort subite par asphyxie. A présent, il a pris le parti de dire franchement aux malades ce qu'il en est et de leur laisser le choix.

M. Watson Williams, à propos des remarques de M. Felix Semon, mentionne le cas d'un malade amené au Royal Infirmary, de Bristol, avec stridor et dyspnée inspiratrice très accusée. L'examen du larynx fit constater une paralysie abductrice bilatérale prononcée dont rien ne permit d'expliquer la cause. Le malade ayant été trachéotomisé put respirer ensuite facilement et au bout d'une quinzaine, grâce au thyro-aryténoïdien gauche devenu paralysé, la respiration pouvait s'effectuer sans canule.

M. Bronner recommande l'emploi de gros tubes à intubation dans des cas de paralysie bilatérale des abducteurs. Le tube doit être porté pendant quelques heures tous les jours, ou constamment si possible, durant quelques semaines. Par ce moyen, on parvient à obtenir une amélioration considérable et permanente de la dyspnée.

M. de Havilland Hall. — La question du traitement est très

difficile à résoudre. Il y a dix ou onze ans, un député bien connu de la Chambre des Communes était atteint d'une paralysie plus ou moins mécanique des cordes vocales ; l'adduction était bonne, mais l'abduction très imparfaite. Il était à même de parler à la tribune du Parlement. Son affection, dont le malade faisait remonter la cause à une variole, datait de plus de trente ans. Un jour, il prit froid et succomba à une laryngite. Il est probable que, si quelque chose avait été tenté, sa vie eût été épargnée.

TRIVAS.

BIBLIOGRAPHIE

Recherches anatomiques, cliniques et opératoires sur les fosses nasales et leur sinus, par MM. SIEUR et JACOB.

MM. Sieur et Jacob viennent de faire paraître un volume de 550 pages dont la lecture nous a vivement intéressé. Leur principal objectif a été la description de l'anatomie des fosses nasales et des cavités accessoires du nez. Une anatomie pure eût risqué de fatiguer rapidement ; aussi les auteurs se sont-ils attachés, à juste titre d'ailleurs, à accompagner la description, toujours aride, d'une région, de considérations cliniques et opératoires du plus haut intérêt. Ils ont fait pour le nez ce que Tillaux a inauguré aussi brillamment pour les autres régions du corps humain, une sorte d'anatomie topographique, avec déductions cliniques.

Au point de vue anatomique, certes, le sujet n'est pas nouveau ; nous avons le livre de Zuckerkandl, qui est et restera toujours le meilleur traité sur la matière ; mais, comme le disent très bien les auteurs dans leur introduction, ce livre, conçu d'après un plan anatomique très vaste, donne une place vraiment considérable à l'anatomie comparée et pathologique. Aussi ne saurait-il être lu sans fatigue et sans difficulté par un élève ou par un praticien qui, d'ailleurs, tiennent l'un et l'autre à faire passer la science pratique avant la science purement théorique.

Tout en puisant à pleines mains dans l'œuvre de Zuckerkandl, les auteurs ont su donner à leur ouvrage un caractère d'originalité que des recherches particulières, patientes et laborieuses ont largement facilité.

Un grand nombre de schémas et de dessins originaux permettent de comprendre à merveille les détails les plus intimes de l'anatomie des fosses nasales et de leurs sinus, en même temps qu'ils témoignent du travail considérable que les auteurs ont dû s'imposer pour mener à bien leur ouvrage.

Envisagé au point de vue anatomique, le livre de MM. Sieur et Jacob ne mérite que des éloges. Le côté clinique, secondaire du reste en la matière, si l'on considère la tâche que se sont imposée les auteurs, ne traduit peut-être pas exactement l'état actuel de la chirurgie nasale et sinusienne à l'heure actuelle. Il y a là quelques lacunes, bien excusables d'ailleurs, pour des auteurs qui ne sont pas versés dans la pratique courante de notre spécialité.

Je leur adresserai le même reproche au point de vue bibliographique : il est regrettable que les auteurs aient dû parfois attribuer à tel ou tel opérateur des procédés employés couramment par de nombreux spécialistes ou préconisés depuis longtemps et simplement réédités.

Ces quelques critiques à part, nous ne saurions trop applaudir à l'œuvre de MM. Sieur et Jacob. Le style en est clair; chaque organe est décrit avec ordre, méthode et précision. L'ouvrage a obtenu, d'ailleurs, une récompense à l'Académie de médecine; nous pouvons lui prédire, sans crainte de nous tromper, un long et très légitime succès. (Paris, Rueff, éditeur, 1901.)

Dr Braindel.

REVUE GÉNÉRALE ET ANALYSES

BOUCHE ET PHARYNX BUCCAL

Carcinome du pharynx avec envahissement des ganglions cervicaux chez un garçon de quatorze ans *(Carcinoma of the pharynx with marqued involvement of the cervical glands in a boy fourteen years of age)*, par le Dr T. M. Elder.

Le carcinome du pharynx est par lui-même une affection rare, et l'âge du malade donne à ce cas un intérêt encore plus grand. Le patient fut amené à l'auteur pour une adénite qu'on croyait de nature tuberculeuse. Le début de l'affection remon-

tait à douze mois; elle a commencé par un tortic
suivi de l'apparition d'une tumeur au niveau de l'
mâchoire droite, du volume d'un œuf de poule.
homme avait une hypertrophie considérable des
dormait la bouche ouverte, ronflait beaucoup; il a
maigri et dépéri. Engorgement ganglionnaire
sterno-cléido-mastoïdien du côté droit et à un deg
du côté gauche. Les ganglions étaient durs, nodulai
biles, indolents et sans tendance à s'abcéder. Parole
température normale. La mère du malade est
cancer du foie. L'examen a révélé la présence d'u
dans le naso-pharynx, mais la constriction des mâ
pas permis de rendre l'examen plus approfondi.

Sous la narcose, l'auteur enleva, sur le côté droit
grosse masse de tissu ganglionnaire; les ganglions s'
facilement. Tous les tissus étaient envahis et infil
néoplasme qui, à la coupe, donnait la sensation d
L'incision linéaire a rapidement guéri. L'examen h
a révélé la nature carcinomateuse de la néoplasie, q
squirrhe. Ultérieurement, on enleva un fragment de
pharyngée, et l'on trouva que celle-ci avait déjà con
envahi le pharynx sans présenter aucune tendance
lisation. Ici aussi il s'agissait d'un carcinome
typique. Aucune autre opération n'a été tentée. (*T
goscope*, avril 1901.)

De l'ablation des amygdales par énucléation
the tonsils by enucleation), par SAINT-CLAIR THOMSON.

A la séance du 11 février dernier de la Société m
Londres, M. Saint-Clair Thomson a présenté deu
montrent l'avantage qu'il y a, dans certains cas, à
amygdales par énucléation. La première malade est
de trente-huit ans. En 1894, elle soignait son mari q
d'une amygdalite et d'un écoulement fétide de la
après, elle nota sur ses amygdales l'existence de
caséeuses d'odeur fétide et de saveur âcre. Les
locaux ressemblaient beaucoup à ceux que présenta
qui était le second malade montré par M. Thomson

se fit soigner à la clinique de ce dernier pendant trois ans, durant lesquels elle fut énergiquement traitée par des gargarismes, des badigeonnages, des cautérisations et des incisions des cryptes amygdaliennes. L'état général n'a pas non plus été oublié. Malgré cela, il ne se produisit aucune amélioration. Il y a deux ans, M. Thomson a énucléé les amygdales sous chloroforme, et, depuis, la malade a été complètement débarrassée de son amygdalite chronique, folliculaire et fétide. Au bout de quelque temps on constata une régénération de tissu lymphoïde entre les piliers, mais il n'y avait pas de cryptes où des concrétions caséeuses septiques aient pu se former. La malade affirmait que sa voix chantée, au lieu de s'altérer, s'était plutôt améliorée.

Le second malade était le fils de la première, âgé de dix ans et demi. A l'âge de quatre ans, il souffrait d'une hypertrophie des amygdales, qui furent enlevées au Throat Hospital. A l'âge de six ans, il eut une fièvre scarlatine, après laquelle les amygdales se sont de nouveau tuméfiées, et M. Thomson pratiqua une nouvelle amygdalotomie à la guillotine. Quelques mois après, des concrétions caséeuses se formèrent dans les cryptes amygdaliennes et depuis persistèrent presque sans interruption. Le malade se plaignait principalement d'une fétidité de l'haleine, surtout accusée le matin, mais également perceptible pendant qu'il dormait la bouche ouverte. Les moignons amygdaliens étaient profondément enclavés entre les piliers et criblés de cryptes dont quelques-unes très profondes. Celles-ci contenaient une matière caséeuse et fétide. Pas de végétations adénoïdes. Il a été impossible de faire passer les moignons tonsillaires dans l'anneau de la guillotine. Toutes les tentatives d'oblitérer les cryptes ont échoué. Il restait donc à choisir entre l'ablation par morcellement ou par énucléation; le choix de l'auteur s'est arrêté sur le second procédé. L'opération a été pratiquée sous la narcose générale, principalement à l'aide d'une paire de ciseaux courbes et des doigts. (*The Lancet*, 16 février 1901.)

TRIVAS.

Épithélioma buccal (Société des sciences médicales de Lyon).

M. LANGLOIS présente un malade du service de M. Vallas.

C'est un homme, âgé de soixante et un ans, qui fut pris, il y

a six mois, de violentes douleurs dans la tête et dans l'oreille gauche. A son arrivée dans le service, on constate un épithélioma intéressant l'amygdale et les piliers du côté gauche. Il existait aussi un noyau dans la partie gauche de la base de la langue et des adhérences au maxillaire inférieur et au niveau du pilier antérieur. M. Vallas intervint par la voie sus-hyoïdienne latérale. Pendant trois semaines, alimentation par la sonde œsophagienne passée par le nez.

Au bout d'un mois, la cicatrisation est complète.

La déglutition des liquides se fait sans trop de difficultés, et la prononciation n'est pas trop compromise. (*Lyon méd.*, 23 juin 1901.)

Dr G. Dupond.

NEZ ET PHARYNX NASAL

La syphilis des voies respiratoires supérieures. Quelques considérations sur son diagnostic et son traitement *(Syphilis of the upper air tract. Some remarks on its diagnosis and treatment)*, **par le Dr Richards.**

L'étude de l'auteur est basée sur 40 cas de syphilis observés par lui dans l'espace de quatre ans. Tous ces cas étaient à la période des manifestations secondaires ou tertiaires. L'accident primitif des voies respiratoires, très rare, surtout si l'on exclut de ce groupe le chancre de la lèvre, n'a pas été observé une seule fois.

Par contre, les manifestations secondaires et tertiaires des voies respiratoires sont fréquentes; elles ont pour siège habituel le pharynx, les amygdales, le larynx et le nez. De toutes les lésions syphilitiques, le mal de gorge de la période secondaire est une des plus fréquentes. Les accidents secondaires des voies respiratoires supérieures se déclarent habituellement de trois à neuf mois après le chancre; ce sont d'abord ceux d'un catarrhe simple, sans aucun signe de diagnostic précis, excepté (à part les antécédents) que la guérison y est beaucoup plus lente que dans les cas d'inflammation simple de la même région. Ce stade peut même passer inaperçu si le malade n'est pas en puissance de traitement pour d'autres lésions syphilitiques. Cette inflammation catarrhale est bientôt suivie de l'apparition de plaques muqueuses qui envahissent les côtés

de la bouche, les amygdales, les piliers, le pharynx, le naso-pharynx, le nez, le larynx et la base de la langue. Les plaques se présentent sous forme de petites élevures plates, arrondies ou oblongues, de coloration blanc grisâtre. Quand l'amygdale est atteinte, elle devient le siège d'une tuméfaction considérable; il existe en même temps une légère douleur et de la gêne à la déglutition.

Un mal de gorge, une irritation laryngée ou pharyngée survenus sans cause apparente, persistant depuis des semaines, sans tendance à l'amélioration, avec une surface muqueuse à l'aspect de cuivre poli et couverte d'une légère sécrétion, doivent toujours faire penser à une syphilis secondaire, même en l'absence d'antécédents confirmatifs. On peut poser comme règle que toute angine durant depuis plus de quatre semaines et demeurant dans un état stationnaire est presque sûrement une angine syphilitique. Quand la plaque muqueuse siège à la surface du pharynx, à la langue ou sur le voile du palais, il y a beaucoup moins de chances qu'elle arrive à l'observation d'un spécialiste que lorsqu'elle occupe les amygdales ou les piliers. Dans le nez, elles passent d'ordinaire complètement inaperçues.

L'auteur n'accorde pas à l'adénite seule la valeur d'un signe de certitude; elle accompagnerait plutôt les accidents secondaires, se rencontrerait occasionnellement chez les tertiaires et pourrait exister dans l'hérédo-syphilis. L'engorgement des ganglions lymphatiques est dans bien plus de cas d'origine non syphilitique que syphilitique. Quelquefois on hésitera entre les stades secondaire et tertiaire, et quelques auteurs, comme Schrötter, par exemple, décrivent seulement les manifestations de la syphilis, sans en diviser en phases les lésions des voies respiratoires supérieures.

Les manifestations de la période tertiaire apparaissent de trois à cinquante ans après l'accident primitif; dans deux cas relatés par l'auteur, trente-cinq ans se sont écoulés sans symptômes, dans l'espace desquels les malades sont devenus pères et grands-pères d'enfants bien portants. En raison de ce long espace de temps qui s'écoule depuis le chancre, les symptômes sont fréquemment mal interprétés ou entièrement

s malades eux-mêmes oublient souvent l'origine
on ou tout au moins n'établissent aucune relation
et entre les deux.

as typiques, le diagnostic est encore aisé; mais,
, il peut présenter de très grandes difficultés, à
de temps assez long qui s'écoule depuis l'accident
cette particularité bien connue de la syphilis qui
toutes les affections chroniques de l'organisme,
parties n'étant à l'abri de ses ravages. L'auteur
ailleurs un cas de périchondrite du larynx où
histoire de syphilis datant de trente-cinq ans
lement améliorée par l'iodure de potassium à
L'évolution ultérieure de la maladie et l'examen
ont démontré la nature carcinomateuse de la
Les deux affections peuvent, il est vrai, coexister
en plus, un sujet syphilitique dont l'organisme
venu un *locus minoris resistentiæ* est peut-être
ble que tout autre de devenir tuberculeux ou

ation précoce du tertiarisme est la gomme, infil-
lules rondes à tous les degrés de malignité,
uches profondes et superficielles de la muqueuse,
-dessus des tissus voisins et venant finalement
dans le centre par insuffisance d'irrigation san-
sus périglandulaire et vasculaire sont tassés,
alibre diminue considérablement, et une endar-
nte prend ainsi naissance. L'étendue du dépôt
rapidité de sa destruction sont un indice de la
irus. Aucune partie des voies aériennes supé-
à l'abri de la gomme. On l'observe principale-
pharynx et dans le nez, et presque toujours la
use commence avant que le malade entre en
ans le nez, la gomme attaque la cloison au point
portion osseuse et cartilagineuse. Bientôt se
cération détruisant une portion plus ou moins
et du cartilage, avec nécrose de l'os et souvent
d'une abondante formation de croûtes fétides.
fréquemment très marqué; il faudra donc se

garder de confondre l'affection, surtout à la période initiale, avec une rhinite atrophique. La marche destructive de la lésion peut aboutir à un affaissement complet du nez, produisant le *nez ensellé*, caractéristique de la syphilis tertiaire. Mais cette déformation peut ne pas avoir lieu, surtout si les parois latérales du nez sont intactes, car la condition nécessaire à sa production est l'envahissement par le processus syphilitique du tissu interstitiel reliant le cartilage et la peau du nez à l'os. L'auteur cite le cas d'un de ses malades, atteint d'une destruction complète de la moitié antérieure de la cloison osseuse et d'une grande partie du septum cartilagineux, sans ensellure du nez. La lésion ressemblait, à s'y méprendre, à une rhinite atrophique avec laquelle il l'a, en effet, confondue au début ; ce n'est que plus tard que l'extraction d'un séquestre a confirmé le diagnostic de syphilis. On peut formuler, d'après lui, cette règle absolue : toute nécrose de la portion osseuse du septum est d'origine syphilitique quand rien n'autorise à soupçonner une intoxication par le phosphore ou par tout autre poison irritant.

De toutes les lésions tertiaires des voies aériennes supérieures, celles du pharynx sont les plus graves; surtout lorsqu'elles siègent assez haut sur la paroi pharyngée, elles aboutissent à des adhérences entre le pharynx et les piliers. Dans ce cas, la cavité du pharynx peut être complètement séparée de celle du nez. L'ulcère syphilitique du pharynx est très caractéristique : de forme irrégulière et de dimensions variées, à bords élevés, ulcérés, à l'aspect rongé avec de petits amas de granulations sur ses bords et couvert d'un exsudat grisâtre, cette ulcération, non seulement ne présente aucune tendance à la guérison spontanée, mais, au contraire, suit toujours une marche destructive et envahissante, si le traitement antisyphilitique n'intervient pas.

Les amygdales et l'épiglotte peuvent également être le siège de gommes; tous les cartilages du larynx peuvent être atteints de périchondrite, aboutissant tardif de la gomme, mettant souvent la vie du malade en danger et quelquefois même déterminant la mort. L'absence ou la présence de douleurs est un signe de diagnostic important. En effet, dans la syphilis, la

douleur est très peu prononcée; elle est, au contraire, considérable dans le carcinome ou la tuberculose, affections de nature à être confondues avec la syphilis tertiaire.

Le mode de traitement employé par l'auteur ne nous apprend rien de nouveau; disons seulement qu'à la période tertiaire il a pour habitude de prescrire l'iodure de potassium seul, à la dose de 25 à 50 centigrammes par jour, et qu'il n'y ajoute du mercure que lorsque l'amélioration tarde à se produire; il réserve les frictions mercurielles pour les cas tout à fait rebelles.

Les manifestations hérédo-syphilitiques tardives des voies respiratoires supérieures, diversement décrites sous le nom de syphilis congénitale tardive, syphilis latente, etc., diffèrent essentiellement de la syphilis tertiaire par leurs symptômes et leur aspect. La gomme y fait ordinairement son apparition entre l'époque de la puberté et l'âge de vingt ans, bien que les symptômes syphilitiques puissent se montrer à n'importe quelle époque depuis la naissance.

Contre les déformations, les adhérences et les atrésies cicatricielles d'origine syphilitique et les troubles fonctionnels graves qu'elles entraînent, la thérapeutique moderne ne dispose pas de moyens efficaces. Les procédés chirurgicaux, tels que la dilatation et la résection des adhérences, ont été de peu d'utilité. Le tissu étant très fibreux et point élastique, les adhérences deviennent, après chaque opération, plus abondantes et plus solides. Les plus mauvaises sont celles qui siègent entre le pharynx et le voile du palais. En général, on peut dire que la syphilis est une maladie qui doit être traitée par des moyens constitutionnels, mais non pas à l'aide du bistouri ou de la curette. (*The Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 24 nov. 1900.)

TRIVAS.

OREILLES

Abcès cérébelleux; rupture dans le quatrième ventricule *(Cerebellar abscess; rupture in the fourth ventricle)*, par le Dr GEORGE BIGGS.

Il s'agit d'un homme de quarante et un ans, qui avait été atteint, dès l'âge de douze ans, de surdité consécutive à une fièvre scarlatine. De temps à autre, écoulement purulent des

deux oreilles; la dernière poussée remonte à deux mois avant l'hospitalisation du malade. Onze jours avant son admission, il fut pris de violentes douleurs dans la région occipitale, accompagnées de vomissement et d'une paralysie partielle du côté droit de la face. Céphalées continues, apathie et mauvais état général. A l'examen, on constate : paralysie et altération de la sensibilité du côté droit de la face; langue déviée à gauche. Pupille gauche plus grande que la droite, les deux réagissant à la lumière. Rigidité du cou. Nystagmus et conjonctivite de l'œil droit. Céphalées continues; délire; hoquet persistant. Mort vingt jours après le début des symptômes aigus.

L'autopsie a révélé une méningite de la base, particulièrement du lobe cérébelleux droit. Les septième et huitième nerfs craniens baignaient dans un exsudat purulent et étaient nettement ramollis. Les ventricules latéraux, ainsi que le troisième, étaient modérément distendus par un liquide séro-purulent. Le quatrième ventricule, considérablement distendu, contenait du pus et une masse de tissu nécrosé en forme de pyramide. Cette masse provenait d'un abcès du lobe droit du cervelet, tout près du pont de Varole. Un orifice arrondi établissait une communication entre le quatrième ventricule et la cavité abcédée qui, elle aussi, avait une forme pyramidale. La cavité mesurait 3 centimètres antéro-postérieurement, 2 centimètres horizontalement et 1^{cm}5 verticalement. Le plancher du quatrième ventricule était couvert d'une épaisse couche de pus verdâtre et fétide. La portion pétreuse des deux temporaux était épaissie et, à droite, on trouva une quantité considérable de pus mal lié.

L'orifice lisse arrondi entre la cavité de l'abcès et le quatrième ventricule a fait supposer un processus lent et d'une certaine durée. (New-York pathol. Soc., *in Med. Record*, 16 février 1901.)

TRIVAS.

Recherches expérimentales sur le massage de l'oreille (III^{e} partie) (*Experimentelle Untersuchungen zur Massage des Ohres*, III Theil), par le D^{r} OSTMAN.

L'auteur, en pratiquant le massage sur des malades atteints de surdité, avait eu soin de pratiquer l'examen fonctionnel

immediatement avant et aussitôt après le massage, aussi bien avec la voix humaine qu'avec la série continue des sons; il avait également soin de vérifier les résultats du massage, en ce qui concerne les bruits subjectifs. Ont été exclus de ces essais : 1° les états inflammatoires aigus de l'oreille moyenne; 2° toutes les affections de l'appareil de perception, l'appareil de transmission étant sain; 3° les formes simples du catarrhe chronique de la caisse, avec déplacement considérable du marteau, atrophie et adhérences de la membrane du tympan. Ont été soumis à ces essais les malades atteints de surdité : 1° à la suite d'une destruction partielle de l'appareil de transmission; 2° à la suite de la sclérose de la caisse; 3° les malades présentant la forme hypertrophique du catarrhe chronique de la caisse, et 4° ceux dont la surdité était due à ce que Walb avait dénommé l'otite moyenne cicatricielle.

Il résulta des recherches de l'auteur que le massage vibratoire ne présente qu'une utilité très limitée; dans la sclérose, il s'est montré complètement inefficace en ce qui concerne l'ouïe; seuls, les bruits subjectifs subissaient une atténuation partielle.

Sur trois cas dans lesquels, vu la destruction de la membrane du tympan et de l'enclume, le massage agissait directement sur l'étrier, un avait subi une amélioration de l'ouïe tellement sensible que le malade était devenu à même d'entendre la parole, tandis que les deux autres n'ont subi aucune amélioration. Chez un des malades, le massage provoquait des maux de tête et des bruits subjectifs qui n'existaient pas avant et qui duraient plusieurs heures.

Dans un cas d'otite moyenne cicatricielle, le résultat obtenu a été plutôt une aggravation qu'une amélioration. L'action la plus efficace a été observée dans la forme hypertrophique du catarrhe chronique de l'oreille moyenne; le plus souvent, il se produisait dans ces cas une augmentation assez considérable du champ auditif, augmentation qui, si elle ne rendait pas directement capable d'entendre la voix parlée, n'en facilitait pas moins l'audition des sons graves; mais les bruits subjectifs n'ont disparu complètement dans aucun cas, chez un malade de cette catégorie, le résultat obtenu a été nul. Chez un autre, l'augmentation de la durée auditive a été insignifiante.

En présence de ces résultats, il est permis de se demander quels avantages présente le massage vibratoire sur le massage pneumatique à l'aide du raréfacteur de Delstanche, et s'il ne vaut pas mieux s'en tenir à ce dernier procédé, moins désagréable pour les malades, on peut même dire moins douloureux (*Archiv f. Ohrenheilk.*, Band LI, p. 81, et *Zeits. f. Ohrenheilk.*, XXXIX, 1, 1901.) Dr JANKELEVITCH.

NOUVELLES

— La **Société italienne de laryngologie, otologie et rhinologie** tiendra son VIe Congrès à Rome à la fin d'octobre.

Les sujets suivants y seront discutés :

1° La physiologie de l'oreille moyenne en rapport avec la chirurgie des otites sèches. Rapporteurs : MM. FARACI, NUVOLI et SECCHI ; — 2° Innervation du larynx. Rapporteurs : MM. MASINI et TRIFILETTI ; — 3° Comment peut-on régler efficacement, dans la pratique, l'exercice de nos spécialités ? Rapporteur : M. GRADENIGO.

— **Nomination.** — Le Dr Bryson Delawan a été nommé chirurgien laryngologiste consultant à l'hôpital Saint-Luc, de New-York, en remplacement du Dr G. M. Lefferts qui a résigné ses fonctions.

— L'**Association laryngologique américaine** se réunira à Boston, en mai 1902, sous la présidence du Dr J.-W. FARLOW ; *secrétaire :* J. E. NEWCOMB, 118, W. 69th Street, New-York.

— La session annuelle de la **Société américaine de laryngologie, rhinologie et otologie** se tiendra, en 1902, à Washington, sous la présidence du Dr C. W. RICHARDSON ; *secrétaire :* W. C. WILIPPS, 350 Madison Av., New-York.

— L'**Association ophtalmologique et oto-laryngologique de l'Ouest** se réunira à Chicago, du 10 au 12 avril 1902, sous la présidence du Dr C. R. HOLMES ; *secrétaire :* W. L. BALLENGER, 100 State Street, Chicago.

Bordeaux. — Impr. G. GOUNOUILHOU, rue Guiraude, 11.

22e ANNÉE. N° 38. 21 SEPTEMBRE 1901.

REVUE HEBDOMADAIRE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

NOTE RELATIVE
A L'ANATOMIE DES SINUS FRONTAUX[1]

Par le Dr **SIEUR**, de Paris,
professeur agrégé à l'École du Val-de-Grâce.

Ayant eu l'occasion de faire des recherches anatomiques relatives aux fosses nasales et à leurs cavités annexes[2], il nous a paru intéressant, au point de vue clinique et opératoire, de résumer, dans une courte note, ce qui a trait à la *situation* et aux *rapports des petits sinus frontaux*.

En parcourant, en effet, les divers travaux qui traitent de ces cavités, il nous a semblé qu'on croyait leur *absence* beaucoup plus fréquente qu'elle ne l'est en réalité puisque, sur plus de 150 sujets examinés avec soin, nous n'avons pu en relever un seul exemple. Par contre, il nous a été donné de constater que le développement et par suite la capacité des sinus frontaux étaient des plus variables, ce qui permet d'expliquer : d'une part, les méprises opératoires signalées ces derniers temps au cours de la trépanation par la *voie frontale*, et, d'autre part, les cas d'absence relevés par les anatomistes.

1. Travail communiqué à la Société française de laryngologie, mai 1901.

2. Sieur et Jacob, *Recherches anatomiques, cliniques et opératoires sur les fosses nasales et leurs sinus*, 1901 (J. Rueff, édit.).

Un sinus frontal normalement constitué comprend ordinairement deux parties bien distinctes : l'une, *frontale* ou ascendante, se développe dans la portion écailleuse du frontal ; l'autre, *orbitaire* ou antéro-postérieure, occupe la moitié interne et antérieure de la voûte de l'orbite. Ces deux parties se réunissent au niveau de la bosse nasale du frontal ou pour mieux dire à l'angle supéro-interne de l'orbite pour constituer le plancher du sinus. Ce plancher, de forme habituellement quadrilatère *(fig. 1)*, est lui-même très variable comme étendue, suivant les rapports qu'affectent avec lui les cellules ethmoïdales antérieures. Dans certains cas, il n'est guère représenté que par une sorte d'entonnoir plus ou moins aplati dans le sens transversal et qui se continue en bas et en arrière avec le canal naso-frontal.

Dans les *petits sinus frontaux*, les seuls que nous ayons l'intention d'envisager dans cette courte note, les prolongements frontaux et orbitaires *manquent* totalement et la cavité sinusale n'est représentée que par le petit entonnoir aplati et déformé qui sert, dans certains cas, de débouché au canal nasal.

A quelle partie du squelette frontal répond cet entonnoir? quels sont ses rapports? et comment pourrons-nous aller à sa recherche? Telles sont les questions qu'il nous faut résoudre.

Le canal naso-frontal, qui met en relation la cavité du sinus frontal avec la partie la plus antérieure du deuxième méat, aborde généralement le plancher du sinus au niveau de sa partie la plus postérieure *(fig. 1)*. Il en résulte par conséquent que les *petits sinus frontaux*, qui ne sont qu'une sorte de dilatation ampullaire de l'extrémité supérieure du canal naso-frontal, siègent toujours *loin de la surface cutanée* de l'os frontal et souvent même, comme nous le verrons par la suite, *n'ont aucun rapport* avec la portion *écailleuse* ou *ascendante* de cet os. C'est ce qui nous explique que des chirurgiens, intervenant par la voie antérieure ou frontale pour une sinusite frontale parfaitement caractérisée au point de

vue *clinique,* soient arrivés sur la dure-mère *sans avoir rencontré la cavité sinusale.* Or, celle-ci répond *toujours* au prolongement de l'os frontal qui prend part à la formation de l'*angle supéro-interne de l'orbite.*

Quand on examine, en effet, sur le squelette l'angle supéro-interne *(fig. 2),* on voit qu'il est constitué par une lame

Fig. 1. — Coupe transversale de la face passant par les bosses frontales (segment inférieur de la coupe) :

S. d. Plancher du sinus frontal droit. — Cl. int. Cloison intersinusale — C. n. f. Canal naso-frontal gauche. — Cn. Canal naso frontal droit. — Cr. g. Apophyse crista-galli creusée d'un prolongement du sinus frontal droit (C). — Os. n. Os propres du nez. — L. c. eth. Lame criblée de l'ethmoïde.

Disposition et rapports du plancher des sinus frontaux.

osseuse ordinairement papyracée, qui descend de la partie la plus interne de la portion orbitaire du frontal pour s'insinuer comme un coin entre le bord postérieur de l'apophyse montante du maxillaire supérieur placée en avant et la partie la plus élevée du bord antérieur de l'os planum de l'ethmoïde placé en arrière. En bas, elle s'articule avec le bord supérieur de l'unguis. Sa hauteur, mesurée à partir du plafond orbitaire jusqu'à son articulation avec l'unguis, est de 12 à 20 millimètres. Quant à sa largeur, moins considérable et d'ailleurs moins facilement appréciable, elle ne s'étend guère à plus de 12 à 15 millimètres en arrière du bord interne

de l'orbite. C'est à cette lame, *dont l'étendue ne mesure guère plus d'un centimètre carré,* que correspondent *les petits sinus frontaux,* ceux dont les dimensions sont tellement restreintes qu'elles atteignent à peine le volume d'un pois ou d'une noisette.

Dans ces conditions, il est facile de se rendre compte que ces sinus ne dépassent pas en *hauteur* un plan horizontal passant par le rebord sourcilier. *Ils n'ont donc, par suite, aucun rapport avec la portion ascendante ou frontale proprement dite de l'os frontal.* Ils sont situés *au-dessous* et *en arrière* d'elle et leur *voûte* forme un léger relief *de chaque côté* de l'apophyse crista-galli, immédiatement en avant de la lame criblée. Il en résulte que leur infection, bien que moins grave que celle des grands sinus, en raison de la moindre étendue de leurs rapports avec la cavité cranienne, peut néanmoins retentir sur cette dernière si, comme l'a observé Grünwald, leur voûte vient à se perforer.

En avant, étant donné leur aplatissement dans le sens transversal, ils ne sont représentés que par un *bord* qui ne dépasse guère une verticale prolongeant en haut la crête de l'unguis.

En arrière, ils sont accolés aux cellules ethmoïdales antérieures avec lesquelles on les a confondus jusqu'ici.

Cet arrêt dans le développement de la cavité sinusale du sinus frontal mérite, suivant nous, d'être soigneusement relevé, parce qu'il peut exposer à commettre une erreur de diagnostic ou conduire parfois à une intervention intempestive. En effet, quand la cavité du sinus est ainsi réduite, elle est généralemeut remplacée par un épaississement de la paroi osseuse du frontal. Cette paroi épaissie se laissera moins facilement traverser par les rayons lumineux que la cavité du sinus opposé si ce dernier est normalement développé. On pourra donc être amené à porter à tort le diagnostic de sinusite, surtout s'il existe des lésions inflammatoires dans la fosse nasale correspondante.

D'autre part, si l'on intervient chirurgicalement par la voie frontale antérieure, on sera conduit à pénétrer dans la cavité cranienne [1], à moins que l'on ne tombe dans le sinus du

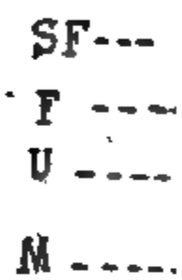


Fig. 2. — Paroi antéro-interne de l'orbite gauche vue obliquement d'avant en arrière et de dehors en dedans :

P. Os planum de l'ethmoïde. — U. Os unguis. — M. Branche montante du maxillaire supérieur. — F. Lamelle osseuse du frontal constituant l'angle supéro-interne de l'orbite et en partie réséquée pour montrer l'étendue occupée par un *petit* sinus frontal. — S. F. Type de *petit* sinus frontal.

(Sur ce sujet, les deux sinus frontaux n'occupaient que l'angle supéro-interne de l'orbite.)

côté opposé, grâce à une déviation anormale de la cloison correspondante.

Qu'on ne croie pas qu'il s'agisse là d'une malformation rare, car sur 69 sinus appartenant à 37 sujets différents et

1. Voir à cet égard l'observation rapportée par Luc à la page 266 de ses *Leçons sur les suppurations de l'oreille moyenne et des cavités accessoires des fosses nasales*, etc.

pris au hasard dans notre collection, nous avons pu faire les constatations suivantes :

22 sinus étaient limités à l'angle supéro-interne de l'orbite et *n'avaient aucun rapport* avec la paroi antérieure du frontal (soit 31,8 o/o).

47 avaient, avec la paroi antérieure du frontal, des rapports plus ou moins étendus; mais tous du moins répondaient à la partie de la bosse fronto-nasale située immédiatement au-dessus de la racine du nez et limitée : en dedans, par la suture médio-frontale; en dehors, par le bord interne de l'orbite; en bas, par la suture fronto-nasale, et en haut, par une ligne horizontale menée de l'échancrure sus-orbitaire à la rencontre de la suture médio-frontale.

La conclusion pratique qui nous paraît découler de ces faits est la suivante : *une fois sur trois*, lorsque l'on choisit pour trépaner le sinus frontal la voie antérieure ou frontale, on risque de ne pas rencontrer le sinus et l'on peut être conduit à pénétrer dans le crâne.

Le meilleur moyen d'éviter ce dernier accident est de suivre la route que prennent ordinairement, pour se faire jour à l'extérieur, le pus et les liquides accumulés dans le sinus frontal, c'est la *voie orbitaire.*

A l'aide d'une incision courbe commençant en haut au niveau du trou sus-orbitaire et descendant en bas et en dedans le long du bord interne de l'orbite, on met à nu l'angle supéro-interne de cette cavité, en arrière jusqu'au niveau du trou ethmoïdal antérieur et en bas jusqu'à l'unguis, de façon à bien dégager dans toute son étendue la lamelle osseuse du frontal. Avec un petit ciseau-gouge (quelquefois même le bec de la sonde cannelée pourra suffire), on effondre cette lamelle *immédiatement au-dessus de l'unguis,* afin d'éviter de léser la voûte orbitaire *(fig. 2)*. Les esquilles osseuses enlevées, il est facile, à l'aide d'un stylet coudé, d'explorer toute l'étendue de la cavité sinusale ainsi ouverte et de faire pénétrer le stylet dans le méat moyen.

Si le résultat de cette exploration démontre que l'on a affaire à un sinus à grands prolongements, frontal et orbitaire, rien n'est plus facile que de décoller la lèvre supérieure de l'incision et d'attaquer alors la paroi antérieure du frontal suivant la méthode de Luc.

En procédant ainsi, on aura la certitude absolue de toujours pénétrer dans le sinus malade, *si restreinte que soit sa cavité,* tout en conservant la facilité de recourir à la voie antérieure mieux appropriée à l'ouverture large des grands sinus.

En résumé, de cette courte étude nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° L'absence des sinus frontaux est moins fréquente qu'on ne l'a cru jusqu'ici. Par contre, *dans près d'un tiers des cas,* ces sinus *n'ont aucun rapport* avec la partie écailleuse ou ascendante du frontal.

2° Les sinus ainsi réduits ou *petits sinus* occupent l'angle supéro-interne de l'orbite et répondent à l'étroite et mince lamelle du frontal qui prend part à la constitution de cet angle.

3° Le meilleur moyen d'aborder ces petits sinus est de recourir, en cas de sinusite, à la *voie orbitaire.*

L'OZÈNE DANS LES SINUSITES[1]

Par le Dr **Juan E. TORRENT fils,**
médecin de l'hôpital des Enfants et de l'hôpital du Nord, de Buenos-Ayres.

On a émis en France et à l'étranger l'hypothèse que l'ozène est causé dans la plupart des cas par des sinusites.

L'ozène a été décrit comme une maladie rebelle à trois symptômes capitaux : punaisie, croûtes et atrophie, et qui ne finit que par le fait de l'atrophie totale de la muqueuse attaquée. Tant qu'il y aura de la muqueuse saine, l'ozène existera.

1. Travail communiqué à la Société française de laryngologie, mai 1901.

L'ozène est-il une maladie essentielle à symptomatologie propre? Est-il un syndrome?

F. Perez (*Ann. de l'Institut Pasteur,* 1898) a découvert un microbe avec lequel il détermine une atrophie prononcée des cornets antérieurs chez le cobaye avec du jetage nasal. Il prétend que les autres microbes connus ne produisent pas ces lésions.

Sans m'attarder sur l'étiologie de l'ozène, je vais citer des cas où il existait des sinusites et le syndrome ozène.

Observation I. — J. C..., dix-sept ans, fille. Père mort de tuberculose pulmonaire. Mère bien portante. La malade a six frères du côté maternel, dont un est coxalgique. Deux autres demi-frères sont morts de bronchite capillaire. Elle a eu la rougeole à cinq ans et depuis lors a eu des attaques de bronchite à répétition. A l'âge de douze ans, fièvre typhoïde. C'est à partir de ce moment que son ozène a débuté ; croûtes et fétidité qui n'ont pas été améliorées par des lavages quotidiens.

Vers le mois de septembre 1900, la malade m'a été amenée. Elle salissait jusqu'à six mouchoirs par jour.

L'examen a donné le résultat suivant :

Rhinoscopie antérieure. — Cornet inférieur droit rétracté ; cornet moyen plutôt normal ; du pus dans la fente olfactive. Côté gauche : un peu de pus dans la fente olfactive.

Rhinoscopie postérieure. — Pharyngite sèche, des croûtes au pourtour des choanes et recouvrant le cavum ; pas de végétations adénoïdes ni d'autres lésions.

L'odeur qu'exhale la malade rappelle absolument celle de l'ozène.

La membrane du tympan des deux côtés décèle des traces d'otite catarrhale.

L'exploration soignée de tous les sinus révèle l'existence d'une sinusite sphénoïdale droite. J'ai procédé à des lavages de ce sinus à l'aide d'une solution faible de permanganate de potasse, en instillant de temps en temps 1 centimètre cube d'une solution de protargal au 50e.

Depuis un mois tout traitement a cessé et la sécrétion s'est réduite à un tel point que la malade salit à peine un mouchoir par jour.

Cette amélioration persistante après cessation de tout traitement

› l'ozène était déterminé et entretenu par la sinusite
s.
a actuel montre qu'il existe une légère sécrétion muco-
ur la muqueuse du cornet moyen droit; mais il n'y a pas.
›n de croûtes et la mauvaise odeur a disparu. Le lavage
›hénoïdal ne ramène que quelques débris de muco-pus.

— A. E..., fille, onze ans. Dès l'âge de cinq ans la petite
›laignait de sécheresse de la gorge et de gêne doulou-
la déglutition.
de juin de 1900 elle a eu la rougeole, et à la suite de
ie sa mère remarqua qu'elle exhalait du nez une odeur
xamen fait six mois après montrait par la rhinoscopie
des croûtes sur les deux cornets moyens et diminution
les cornets inférieurs.
›scopie postérieure révèle une pharyngite sèche et des
issant la voûte du cavum. Ces croûtes enlevées par des
aux répétés, on découvre la présence d'un bourrelet
parcouru par des anfractuosités laissant sourdre un pus
de.
'extirpation des végétations.
i la malade pendant trois mois après l'opération. Le
zène a disparu, ainsi que la pharyngite sèche et l'atrophie
les cornets inférieurs.

›re à mon actif trois cas d'ozène guéri ou amé-
uit par des sinusites frontale, ethmoïdale ou sphé-
ais je vous en fais grâce.
prouvent deux choses :
l'ozène dans quelques cas n'est qu'un syndrome
par une suppuration localisée dans la cavité naso-
nne ;
es symptômes atrophie, fétidité, croûtes, ne peuvent
ivement considérés comme le produit d'une cause

qu'en pathologie les mêmes symptômes peuvent
ninés par des causes distinctes et qu'elles ne se
t entre elles que par les nuances de groupement et
nation de ces symptômes.

Je penche à croire à l'existence d'ozènes essentiels. La bactériologie en dira le dernier mot. Mais à côté il y a un certain nombre de syndromes d'ozène, la plupart de cas justiciables de traitement par l'éloignement de la cause, l'ozène réel étant rebelle suivant la définition classique.

PARALYSIE PÉRIPHÉRIQUE DES MUSCLES DU PHARYNX

PAR NÉVRITE SYPHILITIQUE[1]

Par le Dr **CHARLES**, de Grenoble.

OBSERVATION. — Au mois de décembre dernier, se présentait à ma consultation un petit malade, R. B..., âgé de trois ans, qui, depuis trois semaines, rejetait les liquides par le nez.

Après avoir essayé les traitements habituellement mis en usage (électricité, sirop de strychnine) sans résultat, un de mes confrères, le Dr Villaret, me l'envoyait avec un mot m'affirmant qu'à aucun moment l'enfant n'avait eu d'angine, et qu'il n'existait pas en ce moment dans la localité (la Mure d'Isère) d'épidémie de diphtérie.

En plus du reflux des liquides par le nez, l'enfant présente du nasonnement : au lieu de dire papa, il dit panpan; il ne peut souffler une bougie. Depuis trois jours, il a de la peine à déglutir les aliments solides; souvent, après les avoir fait tourner dans sa bouche, il est obligé de les rejeter, sans pouvoir les avaler.

A l'exploration, on aperçoit le voile qui ferme le pharynx comme un rideau. Si on pousse l'abaisse-langue, on ne provoque aucun réflexe. La sensibilité semble complètement émoussée, autant qu'on puisse s'en rendre compte chez un enfant de cet âge.

L'état général est bon. Antécédents héréditaires : mère bien portante, n'a eu que cet enfant; le père a avoué à sa femme avoir eu une maladie *à boutons* avant son mariage.

Antécédents personnels : N'a jamais eu les maladies de l'enfance (rougeole, etc.), pas d'angine ni de diphtérie. Depuis l'âge d'un an jusqu'à ces derniers temps, c'est-à-dire pendant près de deux ans, a eu sur tout le corps *des boutons qui suppuraient*, boutons qui ont laissé de nombreuses cicatrices encore nettement visibles actuellement. A cause de cette affection, fort suspecte, j'institue un

1. Travail communiqué à la Société française de laryngologie, mai 1901.

traitement spécifique : frictions mercurielles, et iodure à gram
On m'écrit fin décembre que l'affection, qui avait résisté au pre
traitement par la strychnine, s'est d'abord rapidement amélio
puis s'est guérie douze jours après le début du traite
spécifique.

Si j'expose cette observation, ce n'est pas, bien enter pour la rareté du cas (les paralysies du voile et du phar sont d'ordre banal), mais à cause de l'étiologie du cas p culier, étiologie qui n'est signalée nulle part.

C'est ainsi que constamment, dans les monograp comme dans les traités, on rattache d'une manière abs les paralysies périphériques pharyngées à une angine dip ritique.

L'angine manque-t-elle? C'est une forme fruste, e répondu, qui a sans doute passé inaperçue.

Il me semble que, dans ce cas particulier tout au mo il est aussi rationnel, sinon plus, d'accuser du méfai syphilis plutôt qu'une angine plus ou moins problémati

Il me semble que l'affection spécifique est assez car risée par ces cicatrices véritables « pouls de Ricord », tém sans aucun doute d'une éruption vésiculo-pustuleuse sy litique.

L'imprégnation syphilitique réalise, du reste, sur d'au parties du corps des lésions de névrite bien connues je ne vois pas pourquoi le vago-spinal échapperait atteintes du virus spécifique.

Le traitement, du reste, semble m'avoir donné raison

ANALYSES DE THÈSES

La laryngite grippale, par le Dr F. Rideau.

Il existe plusieurs formes de laryngites dues à la gri laryngites qui, par leurs symptômes, diffèrent des autres a tions inflammatoires aiguës de l'organe vocal. Mais ces for

Le lupus érythémateux de la muqueuse buccale débute par des plaques d'un rouge violacé assez mal limitées, un peu infiltrées, présentant parfois de petites ulcérations superficielles. Un peu plus tard apparaissent des traînées blanchâtres cicatricielles, qui se détachent sur le bord violacé; à ce moment, il y a une grande analogie entre le lupus érythémateux de la cavité buccale et celui du bord libre des lèvres. Enfin, la rougeur tend à s'effacer, tandis que les marbrures cicatricielles prennent plus d'importance, et la lésion n'est plus représentée que par une cicatrice blanche un peu dure au toucher, offrant la forme d'un bourrelet circulaire avec des traînées convergentes vers le centre; il est probable qu'arrivée à ce stade, la lésion persiste indéfiniment sans changement.

Cette localisation du lupus se fait habituellement au niveau de l'interstice des deux mâchoires et au niveau des dernières molaires. Il faut noter cependant que joues, gencives, palais et gorge peuvent être envahies également. Sur la langue, les lésions sont moins caractéristiques : ce sont des plaques arrondies, dépapillées, rouges, sans infiltration, situées sur le bord de cet organe.

Ces lésions qui, d'ailleurs, sont d'une indolence absolue, se reconnaissent très facilement chez un sujet porteur de lupus érythémateux de la peau. Mais, quand l'affection n'existe pas à la face ou qu'elle y est douteuse, on pourrait, en présence de ces cicatrices de la muqueuse buccale, penser à des restes d'ancienne stomatite mercurielle; toutefois les commémoratifs suffisent certainement, dans ces cas, à faire trancher la difficulté. La syphilis du côté de la muqueuse des joues ne produit guère que des syphilomes tertiaires en plaques, souvent observés dans la région commissurale, avec lesquels l'erreur serait possible, mais l'infiltration y est plus dure et plus limitée, la couleur n'y est pas violacée; il y a de la leucokératose à leur surface; ils sont plus ou moins douloureux.

M. Dubreuilh pense que jusqu'ici le diagnostic de lupus érythémateux localisé à la langue est seul difficile, sinon impossible à établir. Les caractères qui peuvent le différencier de la plaque muqueuse dépapillée sont, notamment, sa fixité et son indolence.

Si l'on tient compte que cette affection lupique est très tenace et d'un pronostic local bénin, on comprendra que les malades acceptent difficilement de se soumettre à un traitement désagréable. Ce dernier pourra se composer de collutoires à l'ichtyol, de lavages de la bouche avec une solution de goudron, etc. (*Ann. de dermatol. et de syphiligraphie*, 1901. Extrait.)

Dr G. LIARAS.

Ecchymose du pharynx après morcellement des amygdales, par J. COUSTEAU.

L'auteur a pratiqué le morcellement des amygdales chez une fillette âgée de treize ans. Tout s'est passé normalement, sauf peut-être que l'intervention a paru un peu plus sanglante qu'à l'ordinaire.

Cinq jours après, le pharynx de la fillette présentait un aspect singulier : le voile du palais, la luette, les piliers antérieurs étaient d'une teinte noirâtre violacée, produite par une vaste ecchymose sous-muqueuse. Ce n'est que vingt-neuf jours après le morcellement que le pharynx avait repris son aspect normal.

En présence de ce cas, on peut supposer que l'hémophilie seule peut expliquer la présence d'une ecchymose aussi étendue, à la suite d'un traumatisme aussi léger. (*Ann. des mal. de l'oreille*, juin 1901.)

Dr G. DUPOND.

Les corps étrangers alimentaires volumineux du pharynx laryngien, par le Dr E. LAVAL.

L'auteur veut appeler l'attention sur cette variété spéciale de corps étrangers constitués par de gros morceaux de viande avalés en entier, sans avoir été ni divisés ni mastiqués. Il en rapporte quatre observations.

Après avoir rappelé quelques notions d'anatomie et de physiologie, il explique la genèse des accidents qu'ils déterminent et le mécanisme de l'asphyxie qu'ils provoquent.

Les symptômes sont caractéristiques : en mangeant, un individu est subitement pris de suffocation, il montre le fond de sa gorge et essaie d'introduire les doigts. Le diagnostic est généralement aisé. En présence d'un pareil accident, quelle conduite tenir?

Souvent, l'asphyxie peut être si rapide que le médecin pas le temps d'intervenir. Si le hasard fait que l'on soit sent au moment de l'accident et que l'asphyxie semble ir nente, il n'y a pas à hésiter, il faut pratiquer la trachéoto

Lorsque l'obturation du larynx n'est pas complète, il essayer par des manœuvres externes ou bien par le c introduit derrière la base de la langue, de mobiliser la m qui fait obstruction. En cas d'insuccès, la trachéot s'impose.

Avec le laryngoscope, qui, paraît-il, n'est pas touj commode à employer, il sera parfois possible de déterm et la nature et la situation du corps étranger, et avec le d ou mieux une pince laryngée, de l'extraire. (*Bull. m* juillet 1901.)

Dr G. Dupon

NEZ ET PHARYNX NASAL

La tuberculose nasale *(Nasal tuberculosis)*, par le Dr Kna Renshaw.

L'auteur ne considère pas la tuberculose nasale comme rare qu'on le croit, et dans l'historique de son travail il en plusieurs cas observés par des auteurs bien connus.

Les questions qui ont particulièrement sollicité son atter sont les suivantes :

1° Est-il possible d'infecter la muqueuse nasale d'un an susceptible par la simple introduction de crachats conte des bacilles à un degré de virulence considérable, sans proc artificiellement une abrasion de la muqueuse?

2° Une infection ainsi produite dans les parties du nez sines des méninges se propage-t-elle à ces dernières?

3° Par quelle voie autre que celle-ci l'organisme peut-il infecté?

Pour ses expériences, l'auteur se servait de crachats tu culeux qu'il appliquait localement à la muqueuse nasal moyen d'une brosse ou d'une pipette. Il en a tiré les co sions suivantes :

1° La tuberculose primitive de la muqueuse nasale pe développer chez l'homme, et elle est beaucoup plus fréqu qu'on ne le suppose généralement.

2° La simple introduction du bacille dans les fosses nasales d'un animal susceptible sans abrasion de la muqueuse peut provoquer une infection tuberculeuse.

3° L'infection une fois produite tend à suivre une marche lente.

4° Plus le siège de la lésion est loin de l'entrée des narines, plus est rapide l'évolution de la maladie et plus est précoce l'invasion des autres organes par l'agent infectieux.

5° L'infection de l'organisme se fait ordinairement par la voie des lymphatiques, mais occasionnellement elle peut avoir lieu par d'autres voies. (*The Journ. of laryngol.*, mai 1901, p. 255.)

TRIVAS.

Épistaxis impaludique et traitement par le sulfate de quinine, par le Dr VERDALLE.

MM. Lermoyez et Boulay, seuls parmi les classiques, ont fait mention des épistaxis périodiques chez les impaludiques.

Ces épistaxis débutent brusquement et sont d'une abondance inquiétante, s'arrêtent quelquefois spontanément, mais nécessitent la plupart du temps un tamponnement. Dans la fosse nasale, on ne constate aucune lésion : c'est la muqueuse entière qui laisse suinter le sang.

Le lendemain, souvent à la même heure, en général le matin, au réveil, ou même la nuit, il se produit encore une hémorragie qui se renouvelle ainsi pendant plusieurs jours de suite, huit, dix environ. Dans les antécédents des malades sujets à ces épistaxis périodiques, on trouve de la fièvre intermittente.

M. Verdalle rapporte deux cas de ce genre, qu'il a observés de près, et desquels il serait porté à conclure que l'épistaxis constitue plus communément qu'il n'est dit une des formes larvées de l'impaludisme.

La quinine lui paraît très indiquée dans les cas de ce genre. Elle doit être employée au moment des crises et même préventivement; c'est-à-dire que, chez les impaludiques sujets à des crises périodiques qui se produisent de préférence au printemps et à l'automne, il faut conseiller la quinine à dose modérée; tandis que, quand la crise éclate, il faut la traiter comme une

crise d'accès intermittent, donner la quinine à haute dose pendant quelques jours et diminuer peu à peu. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris,* 26 avril 1901.)

Dr G. Liaras.

Les altérations des fosses nasales observées dans certaines maladies générales et chroniques de nature non spécifique, par Von Sokolowski.

Généralement, dans la chlorose, on n'observe rien du côté des fosses nasales, mais, cependant, on trouve parfois des synéchies de la voûte palatine, et aussi de l'hypertrophie des cornets, des végétations adénoïdes qui amènent de l'obstruction et de la sécheresse de la gorge. Chez ces sujets qui ont de la pharyngite sèche, on peut aussi constater de la pâleur et de la sécheresse de la muqueuse nasale qui dépendent d'un défaut de nutrition; il peut se produire alors un peu de putréfaction de la sécrétion et un pseudo-ozène. Le véritable ozène est rare dans la *chlorose* ainsi que le catarrhe nasal à hypersécrétion muqueuse (que l'on observe dans l'anémie secondaire des tuberculeux, scrofuleux, etc.). L'épistaxis est rare également. En revanche, dans la *leucémie,* l'hémorragie, qui est fréquente et abondante, intéresse toute la muqueuse nasale. Il en est ainsi également dans la *pseudo-leucémie,* l'*anémie progressive,* l'*hémophilie*, le *purpura hémorragique,* le *scorbut.*

Bien que Bayer ait prétendu le contraire, on ne trouve dans le *diabète sucré* aucune altération spéciale des fosses nasales.

Dans la *scrofulose*, le catarrhe nasal avec sécrétion abondante est un phénomène constant. Quant à la rhinite atrophique ou à l'ozène, ils y sont exceptionnels.

Les *arthritiques* à aspect pléthorique ont souvent des catarrhes chroniques à la suite desquels le nez se trouve obstrué, mais l'acné rosacée n'est pas pathognomonique de l'arthritisme ou de la goutte.

La *bronchite catarrhale* chronique s'accompagne souvent de rhinite chronique, hypersécrétoire ou hypertrophique. Ces rhinites déterminent l'hypertrophie des cornets, aggravent ainsi l'état général et augmentent la dyspnée. On peut alors

être amené à penser à de l'asthme. Il faut ajouter cependant qu'il existe beaucoup de cas d'emphysème pulmonaire ou de trachéo-bronchite sans altération nasale.

L'hémorragie nasale peut être le signe d'une *maladie de cœur* à marche chronique, mais alors elle a des caractères un peu particuliers : elle ne sourd pas d'un seul point de la fosse nasale, mais de la totalité de la muqueuse; elle est de longue durée et se répète fréquemment. C'est surtout dans l'artério-sclérose qu'elle se produit, rarement dans la myocardite scléreuse, la dégénérescence graisseuse et l'anévrysme aortique.

Des maladies préexistantes, comme des catarrhes chroniques, n'ont pas de rapport direct avec des maladies d'*estomac*.

L'obstruction nasale et l'épistaxis profuse s'observent chez des malades souffrant d'atonie intestinale et d'hypertrophie hépatique. M. Sokolowski n'a jamais observé les épistaxis notées par certains auteurs dans les maladies du pancréas.

Dans les *néphrites interstitielles*, l'épistaxis s'observe surtout au début et à la fin, mais, si elle n'est pas très abondante au début, elle se répète fréquemment dans les formes avancées du mal et constitue même un signe précurseur de l'urémie; elle s'explique par les altérations des vaisseaux, celle de la masse totale du sang, et l'hypertrophie cardiaque concomitante.

Les relations qui existent entre les fonctions physiologiques et pathologiques des *organes sexuels* de la femme et les maladies du nez sont connues. Au moment des règles, on constate de l'hyperémie, surtout au cornet inférieur. Quand il existe déjà un catarrhe, celui-ci éprouve une exacerbation. Chez quelques sujets, la menstruation est précédée d'attaques d'éternuement, et tout le monde sait qu'il existe des épistaxis prémenstruelle et supplémentaire. Certaines formes de l'ozène sont susceptibles de prendre à l'époque des règles un caractère intensif. La *grossesse* n'est pas sans rapports avec l'état des fosses nasales, et on a décrit des hémorragies nasales périodiques, des obstructions très prononcées; on a signalé aussi soit la disparition, soit l'exacerbation de l'ozène dans le cours de la gestation. A l'époque de la *ménopause*, on observe des symptômes analogues avec des phénomènes d'hyperesthésie ou d'anosmie sans altération de la muqueuse. Les *métrites* et les

rites s'accompagnent d'hypertrophie des cornets avec smie, parosmie, etc. L'aménorrhée s'observe en même ps que l'acné rosacée du nez. On a noté aussi l'épistaxis ; les *onanistes* et dans la *spermatorrhée*.

'alcool à doses élevées provoque la coloration nasale rouge iâtre bien connue. Mais le nez du buveur n'est pas ognomonique ; il peut avoir ce même aspect chez certains ritiques notamment. On rencontre assez souvent chez les oliques des catarrhes chroniques à formes variées.

hez les *fumeurs*, on a parfois observé des symptômes peresthésie des nerfs olfactifs et aussi de parosmie. Chez priseurs, on trouve la plupart du temps des catarrhes à ie hypersécrétoire ; quelquefois, des hypertrophies à forme e avec hyperesthésie et crises d'éternuement.

ans l'*intoxication iodée*, on observe parfois du pemphi- vésicules et ulcérations très douloureuses suivies de étion purulente fétide. Dans l'intoxication par le *mercure* ie constate rien de bien spécial au nez. Mais des lavages du faits avec du *sublimé* trop concentré déterminent parfois ulcérations superficielles et de l'œdème.

ans les *maladies professionnelles*, c'est surtout le pharynx est intéressé. On doit signaler cependant les hypertrophies poïdes des cornets chez les ouvriers de *filatures de jute*, ération et la nécrose des cornets dans les usines où on ique l'*acide chlorhydrique*.

a *poussière de ciment* exerce une influence néfaste en ant fréquemment la perforation de la partie cartilagineuse a cloison, quelquefois aussi des troubles olfactifs, de l'épis- a et même des rhinolithes.

e *chrome* provoque, chez les ouvriers qui le manipulent, catarrhes chroniques, des ulcérations et des perforations a cloison ; de même, chez les ouvriers qui travaillent avec du *imé* on observe des ulcérations.

nfin, on a décrit le catarrhe nasal des *personnes qui igent en chemin de fer*, catarrhe provoqué par les pous- s et le charbon. (*Bull. de laryngol., otol., etc.*, 30 juin . Ext. du *Manuel de laryngol. et rhinol.*, publié sous la ction de P. HEYMANN.)

Dr G. LIARAS.

Recherches sur la transmission du méningocoque par les voies respiratoires, par le Dr Busquet.

M. Busquet s'est proposé de rechercher et de vérifier par l'expérimentation, si le méningocoque déposé dans les fosses nasales peut infecter l'organisme et envahir le canal céphalo-rachidien. Trois malades lui ont fourni les matériaux de son expérimentation la ponction exploratrice chez l'un, l'examen nécropsique chez l'autre, ont permis de constater la présence du méningocoque. Chez le troisième, les signes cliniques très nets ont seuls permis d'affirmer la méningite cérébro-spinale. D'ailleurs on avait, chez les trois, isolé le méningocoque du mucus nasal.

Première série d'expériences. — A l'aide d'un stylet, on dépose du mucus nasal des malades dans les deux fosses nasales de cinq cobayes et de trois lapins.

Résultats. — Tous les animaux ont été malades et cinq ont succombé; sur ces derniers, on a trouvé le méningocoque dans le canal céphalo-rachidien.

Conclusions. — Le mucus nasal d'individus atteints de méningite cérébro-spinale épidémique et renfermant le méningocoque peut, déposé sur la muqueuse nasale du cobaye et du lapin, envahir l'organisme et pénétrer dans le canal rachidien.

Autres d'expériences. — Le mucus nasal d'un cobaye n° 1, inoculé avec le mucus nasal pathologique d'un des trois sujets, est déposé dans la fosse nasale d'un cobaye n° 2 qui meurt de méningococcie. Son mucus sert à inoculer un cobaye n° 3 qui meurt de la même façon. Une expérience analogue est tentée sur des lapins. Le résultat en est positif.

Conclusions. — Le mucus nasal des animaux inoculés renferme le méningocoque; il demeure virulent pour le cobaye et le lapin et peut, après simple dépôt sur la muqueuse nasale d'animaux de même espèce, envahir l'organisme et pénétrer dans le canal céphalo-rachidien.

Deuxième série d'expériences. — On dépose du liquide céphalo-rachidien renfermant du méningocoque sur la muqueuse nasale d'un lapin et de cinq cobayes. Tous ces animaux ont été malades et deux sont morts de méningococcie.

Conclusions. — Le liquide céphalo-rachidien d'individus ayant succombé à la méningite cérébro-spinale épidémique et renfermant du méningocoque est virulent pour le cobaye et le lapin. Par simple dépôt sur la muqueuse nasale des animaux de cette espèce on peut obtenir l'envahissement de l'organisme par le méningocoque et sa pénétration dans le canal céphalo-rachidien.

Telles sont les conclusions que M. Busquet a retirées de chacune de ses séries d'expériences; de leur ensemble il croit pouvoir conclure à la possibilité de la transmission de la méningite cérébro-spinale épidémique par les voies respiratoires et, en particulier, de la pénétration du méningocoque dans l'organisme à travers la muqueuse nasale. (*Presse méd.*, 7 août 1901.)

Dr G. Liaras.

LARYNX ET TRACHÉE

Tumeurs tuberculeuses du larynx, par le Dr Trautmann.

Après une revue assez détaillée des travaux concernant les tumeurs tuberculeuses du larynx, l'auteur communique l'observation personnelle suivante :

Malade âgé de vingt-quatre ans, sans antécédents syphilitiques, aurait eu, à l'âge de seize ans, des expectorations sanguines, mais s'est toujours bien porté depuis, de sorte qu'il a été reconnu propre au service militaire. Pendant la deuxième année de son service, alors que, comme sous-officier, il avait été appelé à commander beaucoup et, par conséquent, à surmener sa voix, il fut atteint d'enrouement qui ne faisait que s'aggraver même après qu'il eut quitté le service; il est vrai que sa profession civile, qui est celle d'acteur, ne pouvait que contribuer à son aggravation.

A l'examen du larynx, pendant la *respiration*, on trouve, entre le cartilage aryténoïde droit et la partie postérieure du bord libre de la corde vocale correspondante, une tumeur de forme cubique aplatie, de couleur rouge, du volume d'une noisette et qui a l'air de s'étendre au-dessous de la corde vocale. Son extrémité plate qui s'avance vers la glotte est couverte en plusieurs points de dépôts blancs muqueux; mais en enlevant ceux-ci, on s'aperçoit que la muqueuse qui

recouvre la tumeur est intacte dans toute son étendue. Pendant la *phonation*, la corde vocale gauche recouvre complètement la tumeur, de sorte qu'il ne reste plus de la glotte qu'une petite fente rouge, tandis que la face interne de l'aryténoïde droit présente un léger épaississement. *Point d'ulcérations.*

Du côté des poumons, on ne trouve rien de caractéristique, sauf un peu de rudesse respiratoire et un peu de matité sous la clavicule gauche.

La nature de la tumeur paraît mal définie. Le diagnostic le plus probable est celui de fibrome. On conseille l'ablation qui est pratiquée en deux séances, après cocaïnisation préalable à l'aide de l'anse froide de Krause. L'examen laryngoscopique pratiqué après l'ablation montre le siège de la tumeur recouvert de croûtes sanguines, et à l'examen, dans la position de Killian on voit, au niveau de la base et de la surface interne de l'aryténoïde droit, un bourrelet large et plat, se dirigeant en bas vers la surface postérieure et interne du cricoïde, et au-dessous de la corde vocale droite, on constate la présence d'une tumeur du volume d'un pois qui fait saillie dans la fente glottique et paraît se continuer en bas vers la trachée. Pendant la phonation, les cordes vocales se rapprochent presque complètement au-dessus de la tumeur.

L'examen microscopique de la tumeur enlevée précédemment a montré qu'il s'agissait d'un fibro-épithéliome plat chronique, de nature inflammatoire bénigne.

En deux séances ultérieures, on parvint à débarrasser complètement l'espace glottique de tous les restes de la tumeur. On trouve alors la paroi postérieure du larynx au-dessous de la corde vocale droite et, vers le milieu, au niveau de la muqueuse du cartilage thyroïde, inégale et comme boursouflée. Cautérisation du siège de l'ancienne tumeur et de la paroi postérieure du larynx. Badigeonnages du larynx à la glycérine.

L'examen microscopique de nouvelles coupes de la tumeur montre qu'il s'agit de tuberculose. Ce résultat est communiqué au malade et on lui conseille de choisir une autre profession.

Le dernier examen laryngoscopique révèle, à part une légère rougeur de la corde droite, un état parfaitement normal. Les cordes vocales se rapprochent bien et, d'une façon générale,

la voix est assez claire. Pendant la respiration et en pratiquant l'examen dans la position de Killian, on voit un bourrelet large et plat qui s'étend de l'angle inter-aryténoïdien en bas, au-dessous des cordes vocales, et traverse la muqueuse du cartilage cricoïde dans son milieu; ce bourrelet envoie aussi un prolongement à droite et paraît être dû à un épaississement partiel de la muqueuse. Cet épaississement a été cautérisé au cautère plat.

Il s'agissait donc, dans ce cas, d'une tumeur tuberculeuse dont le siège était sur la paroi postérieure du larynx et qui s'étendait longitudinalement du cartilage aryténoïde droit, au-dessous de la corde vocale correspondante, jusqu'au niveau du cartilage cricoïde.

Le malade allait bien pendant trois mois; il eut alors, à la suite d'une course en bicyclette, un léger catarrhe laryngé; il continue sa profession de chanteur et assure n'en pas éprouver le moindre inconvénient.

En pratiquant l'examen laryngoscopique quelques mois après, on trouve qu'à la hauteur du cartilage aryténoïde droit la muqueuse est un peu plus épaisse que du côté opposé; là était autrefois le bourrelet décrit plus haut, la muqueuse paraît pâle, comme ratatinée. D'une façon générale, le larynx paraît normal, les cordes vocales se rapprochent bien, la voix est sonore et forte. Pas de modification du côté des poumons.

L'auteur termine son travail par quelques considérations générales concernant l'affection qui nous intéresse. Les voici :

La tumeur tuberculeuse du larynx peut être considérée comme le début d'une infection tuberculeuse de l'organisme, au même titre que les premiers phénomènes pulmonaires, la tuberculose primitive des os et des ganglions, et aboutit plus tard à l'infiltration laryngée et aux phénomènes pulmonaires.

L'infection vient soit du dehors, soit par la voie sanguine ou lymphatique, à la suite de l'ouverture d'un foyer pulmonaire, qui jusqu'alors était encapsulé et, par conséquent, inoffensif.

Les tumeurs tuberculeuses, les primitives en particulier, constituent un foyer qui doit être éliminé le plus tôt possible.

Les tumeurs surviennent assez fréquemment, sont isolées

, se rencontrent le plus souvent dans le jeune âge,
nt pas de douleurs, mais provoquent des altéra-
voix, ont leur siège dans les ventricules de Mor-
ssous de l'angle glottique, sur la paroi postérieure
moins souvent sur les bandes ventriculaires et
exceptionnelle sur les cordes vocales.
omènes pulmonaires peuvent exister en même
urvenir plus tard, ou manquer totalement, ou
eut y constater des modifications dues à un pro-
ou ayant subi un arrêt.
quement, les tumeurs tuberculeuses affectent les
lus variées (carcinome, fibrome), ont une crois-
mais se distinguent des autres tumeurs par leur
ntact, sans aucune tendance à l'ulcération.
voir poser le diagnostic, il faut être à même
tistence d'une ulcération aussi bien avant la for-
tumeur, que pendant l'existence de celle-ci et
nt assez longtemps après son ablation.
dire que l'examen microscopique est, au moyen
c, indispensable et presque toujours décisif, à
soumettre à cet examen de nombreuses coupes
s différentes parties de la tumeur. Il faut, en
ontinuer l'examen lorsque le microscope a révélé
fois la structure fibro-épithéliomateuse, car le
ome est souvent une manifestation inflammatoire
lose.
examen microscopique donne des résultats incer-
dra, pour poser le diagnostic et le pronostic, se
tout sur les antécédents et les phénomènes
s altérations pulmonaires jouent un rôle prépon-
qui concerne le pronostic.
urs tuberculeuses du larynx sont le plus souvent
énigne. Dans beaucoup de cas leur ablation est
réelle amélioration ; dans d'autres (tumeurs pri-
ne véritable guérison. (*Archiv f. Laryngol.*,
.)

Dr Jankelevitch.

Paralysie combinée du larynx et du voile du pa
Étude sur l'innervation motrice du larynx et du phar
par C.-M. DESVERNINE, de la Havane.

Avant d'aborder l'étude de la question si complex l'innervation du voile et du larynx, l'auteur rapporte observation de paralysie combinée du larynx et du voil palais.

Il s'agit d'un syphilitique et alcoolique.

Les symptômes dominants sont les suivants : régurgit par les fosses nasales, voix enrouée, bitonale, discord avec le timbre de la rhinolalie ouverte, et torticolis avec tion de la tête à gauche et vers le bas. Il existe une par complète de la moitié gauche du pharynx et du larynx. I donnés les antécédents du malade, il fut soumis au traite antisyphilitique et tous les phénomènes morbides dispar graduellement jusqu'au rétablissement presque complet.

Dans un pareil cas, et dans ceux de même nature qu été observés, il faut se demander quels sont les élé atteints et quel est le siège de la lésion ou des lésion provoquent ces phénomènes. C'est cette question de l'i vation motrice du larynx et du voile du palais que l'a étudie, et de l'analyse générale de la question ainsi qu faits anatomiques, cliniques et tératologiques qu'il a pu ré il croit pouvoir formuler les conclusions suivantes :

1° Le nerf facial n'a sous sa dépendance aucun des mu du voile du palais; leur motilité dérive de l'accessoir Willis ainsi que l'a déclaré Arnold en 1847 (fibres d'or bulbaire).

La racine motrice de la cinquième paire innerve part ment (Stein, Rethi) le péristaphylin externe.

2° Les muscles phonateurs laryngiens reçoivent aussi innervation motrice, le crico-thyroïdien inclus, de la po bulbaire de l'accessoire de Willis, et se trouvent ains relation intime avec un même centre dynamogène, groupes musculaires étroitement associés fonctionnelle dans la phonation.

3° L'accessoire médullaire, avec les limites anatomique lui assigna Willis, a sous sa dépendance un groupe mu

laire d'une autre signification fonctionnelle, présidant à la respiration, c'est-à-dire le crico-aryténoïdien postérieur, la portion claviculaire du trapèze et le sterno-cléido-mastoïdien, en particulier ses fascicules cléido-mastoïdiens, innervés exclusivement par l'accessoire.

4° Cette distribution nerveuse motrice, imposée par la clinique, par l'anatomie pathologique et par les données tératologiques que j'ai consignées, est en parfait accord avec la loi de Bert et de Marcacci, et de Geo et Ferrier, qui nous montre qu'il y a une systématisation anatomique des fibres nerveuses motrices qui se distribuent dans des groupes musculaires fonctionnellement synergiques, générateurs des mouvements associés d'une même fonction.

5° Dans le cas de l'accessoire de Willis, la systématisation périphérique a aussi sa représentation centrale systématisée : centre médullaire pour le groupe musculaire respiratoire, et centre bulbaire pour le groupe musculaire phonateur.

En ce qui concerne l'association fonctionnelle de l'accessoire avec les nerfs moteurs oculaires, pour élargir le champ visuel par la rotation et l'élévation de la tête, mouvement d'une si grande importance pour la conservation de l'individu (Bouchard), association qui a été confirmée par l'anatomie comparée et par la pathologie dans le syndrome décrit par Vulpian et Prévost sous le nom de déviation conjuguée de la tête et des yeux, elle ne constitue pas une infraction à la loi précédemment formulée. En effet, s'il est vrai que cette synergie musculaire n'a pas son centre d'association anatomique dans la région tubaire, on la trouve dans un autre centre d'ordre plus élevé : dans la région corticale de la base du lobule pariétal inférieur (Landouzy).

6° En l'honneur du médecin qui attira l'attention sur cette forme particulière de paralysie, je proposerai qu'elle soit désignée sous le nom de paralysie laryngo-pharyngienne, type Avellis. (*Ann. des mal. de l'oreille,* juin 1901.)

Dr G. Dupond.

OREILLES

Névralgie faciale due à un cheveu irritant la membra du tympan *(Facial neuralgia due to a hair irritating the membra tympani)*, par le Dr A. Perry Allan.

M. C..., vingt et un ans, étudiant en droit, était atte depuis trois mois d'une névralgie faciale aiguë, à forme paroxy tique, dont ni l'extraction de trois dents ni tous les autr moyens employés n'ont pu le soulager. Ces douleurs, extrêm ment violentes, survenaient à différentes heures de la journé et même la nuit, et duraient près de dix minutes. Elles distribuaient apparemment le long de la branche sous-orbita de la 5e paire et présentaient leur plus grande intensité a dessous de l'œil gauche, d'où elles s'irradiaient vers l'oreill Cette dernière était le siège de bourdonnements incessants.

A l'examen de l'oreille avec un spéculum de Brunton, l'a teur trouva, couché dans le conduit, un cheveu dont une d extrémités était appliquée contre le tympan. Après extractio de ce corps étranger, le malade se sentit immédiatement so lagé. Le jour même et le lendemain, il eut bien une ou deu crises légères; mais, depuis, celles-ci ne se sont pas reproduite (*British med. Jour.*, 16 février 1901.) Trivas.

De la valeur thérapeutique du massage vibratoire de membrane du tympan *(Ueber den therapeutischen Werth d Vibrationsmassage des Trommelfells)*, par le Dr Schwabach.

Voici les conclusions auxquelles l'auteur est arrivé et l résultats qu'il a obtenus à la suite d'une application ass prolongée du procédé en question. Sur 43 cas de sclérose d l'oreille moyenne comprenant un ensemble de 81 oreill malades, une amélioration de l'ouïe n'a été obtenue que dan 4 oreilles où la diminution de l'ouïe n'avait pas encore attei un degré prononcé; sur 67 oreilles affectées de bourdonn ments, une amélioration durable a été obtenue dans 1 (28,3 o/o). Les résultats ont été beaucoup plus favorabl dans le catarrhe chronique simple de l'oreille moyenne. Su 46 oreilles atteintes de cette affection et appartenant 27 malades, une amélioration durable de l'ouïe a été obtenu dans 18 (39,1 o/o), et sur 35 oreilles atteintes de bruit

subjectifs, ces derniers ont disparu à la suite du massage vibratoire dans 16 (45,7 o/o). Des résultats analogues ont été obtenus dans les cas de catarrhe subaigu de la caisse, au nombre de 36, où il existait, à côté de la diminution de l'ouïe, des bruits subjectifs. Une amélioration durable s'était produite dans 16 de ces cas (44,4 o/o). Les résultats ont été encore plus favorables dans les cas de surdité avec bourdonnements subjectifs consécutifs à l'otite moyenne aiguë post-grippale. Sur 10 cas de ce genre, comprenant 12 oreilles affectées, 11 organes étaient atteints de bruits subjectifs, 9 de surdité. Une amélioration des premiers a été obtenue dans 6 oreilles (54,5 o/o) et une amélioration de l'ouïe également dans 6 (66,6 o/o). Le massage s'est montré particulièrement efficace dans les cas ayant été atteints de suppuration chronique de l'oreille moyenne. Sur 36 oreilles affectées (appartenant à 22 personnes), 24 étaient atteintes de bruits subjectifs peu intenses et d'une sensation pénible de pesanteur, et tous ces phénomènes ont, chez 22 oreilles, disparu soit complètement, soit en grande partie, sous l'influence du massage. L'ouïe, qui chez tous les sujets était plus ou moins diminuée, n'a pu être améliorée que dans 55,5 o/o des cas.

L'auteur résume ses conclusions de la façon suivante :

Le massage vibratoire de la membrane du tympan peut être considéré comme un moyen auxiliaire assez important dans le traitement de certaines formes d'affections de l'oreille moyenne et de leurs suites, et doit surtout être appliqué lorsque tous les autres moyens de traitement se sont montrés inefficaces. Malheureusement, le massage vibratoire réussit le moins dans les affections de l'oreille moyenne dans lesquelles il a été particulièrement recommandé, notamment dans le sclérose de la chaîne des osselets.

Le massage vibratoire est à recommander dans les cas de surdité prononcés avec bruits subjectifs. Le plus souvent, il ne produit aucune amélioration de l'ouïe, ce que, d'ailleurs, les malades ne demandent plus ; mais il atténue les bruits subjectifs qui tourmentent les malades encore plus que leur surdité, et cela souvent d'une façon très notable.

Le massage est encore à employer dans les cas de catarrhe

chroni
état tr
catarrh
otites
des su
où tou
amélio
le mas
Le n
le siège
exacte.
a pu o
5,7 o/o
Dans
de l'ap
résulta
Dans
l'oreill
caisse,
de bon
ment
Ohren

Affe
(Mastoï
La
pendan
fébrile
Elle se
d'inten
ces dou
eczéma
à quell
région
époque
fois, l'
symptô
dans le

ne révéla rien d'anormal. Cinq jours après, il constata du pus dans le conduit auditif et pratiqua la paracentèse pour agrandir la perforation. Les douleurs et la fièvre avaient augmenté. Quelques jours plus tard, se produit une perforation spontanée dans la partie postéro-inférieure de la membrane du tympan ; cette perforation, qui a été précédée de douleurs ayant duré plusieurs heures, fut suivie d'une évacuation abondante de pus. La tuméfaction et la sensibilité de la région mastoïdienne ont rapidement diminué et la malade pouvait venir se faire soigner à la Clinique. La perforation s'était refermée pour se rouvrir au bout de vingt-quatre heures. Un mois après que l'auteur l'eut vue pour la première fois, les symptômes se sont subitement aggravés, surtout la douleur, la tuméfaction et la rougeur de la région mastoïdienne. Huit jours après, on ouvre l'apophyse, qu'on trouve remplie de pus et de granulations. Nettoyage et grattage; on établit une communication entre l'apophyse et l'oreille moyenne. Quatre jours après, la malade allait déjà assez bien, et la guérison a été complète au bout de quarante-huit jours.

Les points particuliers de ce cas consistent dans l'affection de l'apophyse mastoïde ayant duré plusieurs semaines avant que l'oreille moyenne eût été atteinte à son tour, dans l'amélioration de l'état général et l'atténuation des symptômes locaux, alors que la destruction du tissu osseux faisait des progrès continus, et, enfin, dans le degré même de l'affection osseuse, hors de proportion avec les symptômes généraux et locaux. (*Journ. Amer. med. Assoc.*, 20 avril 1901.)

Dr JANKELEVITCH.

Les affections de l'oreille moyenne dans leurs relations avec la cavité cranienne, avec relation de cinq cas *(Middle ear diseases in its relationship to the cranial cavity, with an abstract of five cases)*, par MM. OTTO STEIN et CARL BARCK.

Ce travail, d'une longueur considérable, est une étude complète d'un des principaux chapitres de la pathologie de l'oreille. La connaissance du point d'entrée particulier de l'infection dans le crâne est, selon les auteurs, de la plus haute importance, car elle seule peut nous guider dans le diagnostic de la localisation exacte de la complication. Le point d'entrée le plus

important pour l'agent infectieux se trouve le long des sutures qui réunissent les unes aux autres diverses parties de l'os temporal. Les lignes pétro-squameuse et squamo-mastoïdienne occupent, sous ce rapport, la première place. Il y a également à considérer d'autres points anatomiques.

Dans l'infection du sinus caverneux nous avons à considérer les vaisseaux tributaires de ce dernier : 1° les veines ophtalmiques supérieure et inférieure; 2° le sinus sphéno-pariétal, qui naît d'une veine méningée; 3° la veine centrale de la rétine; 4° la cérébrale antéro-inférieure.

La veine centrale de la rétine communique avec la veine ophtalmique supérieure; mais, d'après Henle, elle se jette souvent directement dans le sinus caverneux; ceci expliquerait, selon les auteurs américains, la théorie de Graef sur la « papille congestive ». Mais cette théorie n'est pas toujours soutenable, puisque, dans le cas d'obstruction du sinus caverneux, lorsque la veine centrale se jette dans la veine ophtalmique supérieure, le sang peut trouver une issue par la veine faciale et il n'existe alors aucun signe de congestion de la papille.

Un caillot dans le sinus caverneux, en interceptant la circulation de retour dans les veines tributaires, provoque de l'œdème des paupières, de la conjonctive, de la face et de la muqueuse nasale. Cet œdème, d'abord unilatéral, se propage bientôt au côté opposé, par suite de l'extension du caillot aux sinus voisins, par l'intermédiaire des sinus transverse et circulaire. Les auteurs en rapportent un cas de ce genre.

Le diagnostic différentiel est de la plus haute importance pour l'opérateur. Si les symptômes de thrombose sinusienne et d'abcès, qui se distinguent nettement les uns des autres, rendent le diagnostic aisé, il n'en est pas de même lorsque ces deux complications coexistent ensemble, ce qui a souvent lieu dans des cas de thrombose sinusienne et d'abcès du cervelet, et le problème à résoudre devient alors extrêmement difficile, bien que la voie à suivre soit la même. (*Saint-Louis med. Rev.*, 9 et 16 mars 1901, et *The Laryngoscope*, avril 1901.)

TRIVAS.

Bordeaux. — Impr. G. GOUNOUILHOU, rue Guiraude, 11.

22e ANNÉE. N° 39. 28 SEPTEMBRE 1901.

REVUE HEBDOMADAIRE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

SUR DEUX CAS DE LITHIASE SALIVAIRE DE LA GLANDE SOUS-MAXILLAIRE AYANT NÉCESSITÉ L'EXTIRPATION DE LA GLANDE[1]

Par le Dr **LAFARELLE**,
Ancien interne des hôpitaux de Bordeaux.

OBSERVATION I. — *Lithiase de la glande sous-maxillaire. Calculs intra-glandulaires multiples. Extirpation.* (Due à l'obligeance de M. le Dr MOURE.)

Sœur X..., âgée de quarante ans environ, vient me consulter pour des maux de gorge constants qu'elle éprouve depuis déjà bien des années et contre lesquels tous les traitements sont restés inefficaces; elle se plaint, en outre, d'avoir une mauvaise haleine et de rejeter à chaque instant, particulièrement le matin, de la salive purulente fétide. C'est spécialement du côté gauche, vers la base de l'amygdale, qu'elle rapporte ses douleurs, douleurs qui retentissent quelquefois du côté de l'oreille[2].

A l'examen, je ne constate rien d'anormal du côté de la région amygdalienne, pas plus que du côté des fosses nasales ou du naso-pharynx. Par contre, la palpation au niveau de la région sous-maxillaire est sensible; de plus, en promenant le doigt sur le plancher de la bouche, j'arrive vers la partie postérieure et sens très nettement vers cette région une surface dure, irrégulière, bosselée,

1. Travail communiqué à la Société française de laryngologie, mai 1901.

2. La malade m'affirme, en outre, que pendant la mastication la région sous-maxillaire se tuméfie au point d'acquérir quelquefois un volume considérable; elle devient alors tendue et douloureuse.

qui me donne tout à fait la sensation d'un calcul siégeant sous le plancher de la bouche; pressant alors au niveau de la glande sous-maxillaire, pendant que la malade tient la bouche ouverte et la langue relevée, je fais sourdre du pus par l'orifice du canal de Warthon. Le cathétérisme de ce canal, assez facile avec un petit fil d'argent, ne révèle rien d'anormal, bien qu'il ramène à sa sortie un peu de pus sanguinolent.

Je conseille quelques lavages de la région, applications de fomentations chaudes au niveau de la glande sous-maxillaire et quelques gargarismes émollients. Malgré ce traitement, les choses restent en l'état et la malade se préoccupe très vivement de cette situation; cette sensation de pus constant qu'elle a dans la bouche l'inquiète au plus haut point; elle dit souffrir en avalant; du reste, il ne se produit aucune modification dans son état. En présence de cette situation, je parle de la possibilité de l'ablation de la glande sous-maxillaire, mais néanmoins je demande à avoir l'avis du médecin traitant habituel. Une consultation est faite avec les docteurs Saint-Philippe et Arnozan qui tous deux sont d'avis, étant données l'infection persistante de la région, les douleurs fréquentes suivies de poussées inflammatoires aiguës et l'existence de calcul parfaitement net dans l'intérieur de la glande, sont d'avis, dis-je, de pratiquer l'ablation de cette dernière.

L'*opération* est facilement acceptée par la malade que son état préoccupe beaucoup; elle est pratiquée sous le chloroforme, cela va sans dire, le 14 novembre 1900 : incision dans la région sous-maxillaire, au-dessous de la branche horizontale de cet os, qui met rapidement à nu la glande, dont la paroi externe est disséquée avec le doigt et la sonde cannelée, puis en partant vers la partie profonde où siège le calcul, que je fais refouler au moyen du doigt d'un aide placé dans le plancher buccal, je parviens à extraire ce dernier et à disséquer la partie profonde de la glande qui est très adhérente au tissu sous-jacent; c'est avec assez de peine que je parviens à la séparer de l'artère faciale, avec laquelle elle fait corps. Par contre, l'hypoglosse que l'on aperçoit dans le fond est absolument intact, très net. Je cherche ensuite à séparer la veine faciale, mais cette dernière est tellement enchevêtrée dans la glande avec laquelle elle adhère de partout, que je suis obligé de la sectionner pour ne pas prolonger inutilement mon intervention, persuadé du reste que je n'arriverai pas à faire cette séparation aisément, sans laisser peut-être des morceaux de glande adhérents autour de ce vaisseau. La partie extérieure et postérieure de la glande est disséquée avec une facilité extrême, adhérant très peu

isin. La plaie est nettoyée convenablement
de Warthon est lié au catgut naturellement,
, en laissant toutefois un drain dans la plaie.
ération furent des plus normales ; huit jours
suture et le drain étaient supprimés et tout
, laissant une cicatrice légère, cela va sans
ade, parfaitement guérie, n'a plus craché de
enait un énorme calcul de la grosseur de
loigt, et dans son intérieur on trouvait égale-
le calculs disséminés dans la plupart des acini.
xemple de glande calculeuse qu'il n'est pas
convenablement sans pratiquer l'extirpation,
andulaire est sain. C'était le cas pour notre
a démontré l'*examen histologique* pratiqué
ndant autour des canaux excréteurs il existait
mation.

e salivaire de la glande sous-maxillaire.
laire. Sclérose totale et inflammation de la

nte-cinq ans, cultivateur à Budos (Gironde), se
1901, à la clinique laryngologique pour une
ous-maxillaire gauche, avec écoulement de pus

héréditaires sont à peu près nuls ; il ne semble
famille ni rhumatisants, ni goutteux, ni

mais été malade, il nie toute affection véné-
rendu de calculs, ni par la bouche, ni par
es.
iron, il constata l'existence, au niveau de la
re gauche, d'une petite tuméfaction, sensible
osseur d'une noisette. Cette tumeur disparut,
ine de jours, pour reparaître quelque temps
parut de nouveau, pour reparaître encore et
définitivement jusqu'à aujourd'hui.
rs de ses premières apparitions, était presque
siège de douleurs intermittentes, survenant
du repas, gênant ainsi considérablement la
la parole, mais à un degré moindre. La com-
la glande, en même temps qu'elle déterminait
bouche, de pus que le malade crachait aussitôt,

amenait un certain soulagement; aussi le malade, après en avoir fait la remarque, employa-t-il ce moyen pour calmer ses douleurs. Cependant, même dans l'intervalle, la tumeur conservait un certain degré de sensibilité, aussi le malade se décida-t-il, au bout d'un an, à consulter les chirurgiens, et c'est dans ces conditions que nous avons eu à l'examiner.

Nous constatons, dans la région sous-maxillaire gauche, une tumeur perceptible à la vue, mais surtout à la palpation, du volume d'une grosse noix, de consistance égale, ferme et élastique, de forme assez régulièrement lobulée. Par la bouche, la tumeur est beaucoup moins accessible à l'exploration; elle ne soulève pas le plancher buccal.

On ne sent, sur le trajet du canal de Warthon, aucune masse pierreuse, et son orifice n'est pas dilaté. Mais la pression de la tumeur fait sourdre, par l'ostium ombilical, de la salive purulente qui s'écoule lentement, sans jet.

On pratique alors, et sans difficulté, le cathétérisme du canal de Warthon, et le stylet ne rencontre pas d'obstacle.

Malgré cette exploration négative, on porte le diagnostic d'inflammation de la glande sous-maxillaire, due, selon toute probabilité, à la présence de calculs.

L'extirpation de la glande est alors décidée, car l'indication se pose nettement de supprimer ce foyer d'infection *générale*, puisque le malade avale du pus, et *locale*, puisque l'inflammation peut se propager aux tissus circonvoisins.

L'*opération* est pratiquée le 25 mars 1901, sous le chloroforme, par M. le Dr Moure.

L'incision faite sur la tumeur, dans la région sus-hyoïdienne, parallèlement au bord inférieur du maxillaire, met à nu la glande que l'on trouve augmentée de volume, dure et fibreuse dans toute son étendue, sans point fluctuant ni calcul perceptible.

Elle adhère de toutes parts aux parois de sa loge, ce qui rend très pénible sa dissection. Pendant ce temps de l'opération, on sectionne la veine faciale, qui est englobée dans les adhérences périglandulaires, et, de ce fait, impossible à épargner. L'artère faciale n'est même pas mise à nu. La glande disséquée, on sectionne et on lie au catgut le canal de Warthon, qui ne paraît pas dilaté. C'est alors seulement que dans le fond de la loge sous-maxillaire évidée, à sa partie antérieure, on trouve un calcul salivaire libre, dont le siège primitif reste indéterminé. Son volume est celui d'un gros pois, sa surface est rugueuse, sa coloration brunâtre.

La plaie étant alors soigneusement nettoyée au cyanure de mer-

cure, on fait l'hémostase; puis, sans faire de suture profonde, on ferme la plaie au crin de Florence en laissant un drain.

Les *suites opératoires* ont été des plus simples. Pas de réaction inflammatoire. Écoulement de sérosité tari au bout d'une dizaine de jours. Le drain est alors enlevé et, quelques jours après, la cicatrisation est complète. La cicatrice est insignifiante, cachée d'ailleurs par la barbe. La région sous-maxillaire n'est pas déformée, et toute gêne de la mastication a disparu.

La glande sous-maxillaire enlevée présente à l'examen des lésions sérieuses.

A la coupe, elle paraît constituée entièrement par un tissu fibreux très dense, qui lui donne l'aspect du squirrhe; en aucun point on ne trouve de calcul intra-glandulaire ou de kyste par rétention.

Le *microscope* confirme l'examen à l'œil nu et révèle une sclérose générale de toute la glande; les acini, dont pas un n'est sain, sont étouffés par le tissu fibreux, comme les lobules hépatiques dans la cirrhose. Tout autour des canaux excréteurs, très diminués dans leur calibre, existe une infiltration embryonnaire très considérable, indiquant un organe en suppuration.

L'intensité de ces lésions justifie, on le voit, l'extirpation de la glande.

Bien que ces cas soient un peu en dehors de la spécialité, nous avons cru pouvoir les publier et les communiquer ici. Les douleurs déterminées par la présence de calculs dans la glande sous-maxillaire sont, en effet, rapportées par le malade à la gorge, et elles s'irradient souvent à l'oreille, aussi n'est-il pas rare qu'il vienne consulter directement le spécialiste. Or nous croyons que dans ces conditions, celui-ci aurait bien tort de renvoyer le dit malade à un chirurgien général au lieu d'intervenir lui-même, s'il y a lieu.

Ceci étant posé, les observations que nous venons de relater nous ont paru fort intéressantes en elles-mêmes et à plusieurs points de vue.

D'abord pour leur *rareté :* si les calculs du canal de Sténon sont communs, ceux de la glande sous-maxillaire elle-même sont exceptionnels. Leur existence a été récemment

e en doute par Graille[1] qui, contestant la valeur des faits portés par Jobert de Lamballe[2] et Terrier[3], conclut que siège des calculs pourrait, à la rigueur, s'observer dans ramifications du canal de Warthon, mais que, jusqu'ici, un seul fait connu ne le démontre ». C'est là une opi- n par trop paradoxale et l'examen d'une glande remplie calculs, comme celle que nous présentons (obs. I), oblige à se rendre à l'évidence. Mareau[4] a rapporté un cas logue où « la glande était atteinte d'une sorte de lithiase présentait des concrétions multiples analogues à celles on rencontre dans la diathèse urique. »

a contestation ne pourrait être de mise que dans les cas, s fréquents il est vrai (Berger[5], Nové-Josserand[6], Launay[7]), logues à notre observation II, où le calcul a été trouvé, non dans l'intérieur de la glande, mais libre dans l'intérieur a loge sous-maxillaire. Mais on peut admettre avec Nové- serand que le calcul s'est développé dans les glandules qui urent l'origine du canal de Warthon et l'accompagnent fois assez loin dans son trajet sublingual, ou bien que, eant près de la surface de la glande, il a ulcéré la paroi neuse et s'est échappé ainsi dans la loge aponévrotique. uoi qu'il en soit, les calculs salivaires intra-glandulaires tent et peuvent même se diagnostiquer avec quelque itude. On y songera toutes les fois qu'avec des signes ctionnels ou physiques très nets de lithiase salivaire ses douloureuses paroxystiques, alternatives de gon- nent et de réduction de la tumeur sous-maxillaire, écou- ent de salive purulente par pression sur la tumeur, ception par le toucher d'un calcul de la région sous-

1. Graille, Thèse de Paris, 1896.
2. Jobert de Lamballe, *Gaz. des hôpit.*, p. 225, 1857.
3. Terrier, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1874.
4. Mareau, Thèse de Paris, 1876.
5. Berger, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1889.
6. Nové-Josserand, *Province méd. de Lyon*, 1896.
7. Launay, *Bull. de la Soc. anat.*, 1900.

maxillaire), toutes les fois, dis-je, qu'avec de pareils signes, le cathétérisme du canal de Warthon se fera aisément, sans obstacle. De plus, l'ostium ombilicale n'est pas dilaté. Dans les cas douteux, la radiographie, qui n'a jamais été faite, croyons-nous, et à laquelle nous n'avons pas eu recours, pourrait être utile.

Mais nous voulons insister surtout sur la question du traitement chirurgical des calculs intra-glandulaires. Quand et comment faut-il intervenir?

L'ablation du calcul par une incision sublinguale n'est applicable qu'aux calculs du canal de Warthon soulevant le plancher buccal, et ne saurait être applicable aux calculs intra-glandulaires.

La taille sous-maxillaire proposée et pratiquée par Nové-Josserand[1] n'est possible que dans les cas où le calcul, assez volumineux, est nettement localisé et facilement séparable de la glande. Encore expose-t-elle à des fistules salivaires, à la récidive, ou à la persistance des accidents infectieux, s'ils ont déjà éclaté lors de l'opération.

Au contraire, l'*extirpation* systématique de la glande sous-maxillaire nous paraît être l'opération de choix dans tous les cas de lithiase intra-glandulaire et nous ne voyons pas de contre-indication.

La glande est-elle enflammée, il est évident qu'il faut supprimer ce foyer d'infection, qui déverse dans la bouche du pus que le sujet avale en partie et qui peut gagner les tissus avoisinants, déterminant un phlegmon sous-maxillaire ou sublingual dont on ne peut d'avance escompter la gravité. En admettant même que l'inflammation aiguë rétrocède sans accidents, la sclérose qui lui fait suite fait de la glande un organe mort au point de vue fonctionnel.

Si l'inflammation est légère ou nulle, l'opération est encore indiquée parce qu'elle met seule à l'abri d'une récidive.

1. *Loc. cit.*

L'opération, qui n'a été pratiquée que trois fois (pour ithiase salivaire, bien entendu) à notre connaissance, par Terrier[1], Berger[2] et Launay[3], n'est pas très difficile, quoi qu'en dise Tillaux, surtout si l'on prend soin de bien s'éclairer et de prendre un miroir frontal, ce que se sont bien gardés de faire les auteurs signalés, qui n'étaient pas spécialistes. Le temps le plus pénible est la dissection de la glande à cause des adhérences inflammatoires qui l'unissent aux parois de sa loge. Quant aux dangers opératoires, ils sont nuls. On est obligé de sectionner la veine faciale, mais cela n'a aucune importance; l'artère faciale, le nerf hypoglosse peuvent toujours être épargnés, et l'on ne comprend pas très bien pourquoi Launay a lié préalablement l'artère linguale.

Les résultats opératoires sont parfaits; la cicatrice, insignifiante, se cache sous la branche du maxillaire inférieur. Aussi est-ce en toute sincérité que nous préconisons cette opération et la conseillons à nos confrères s'ils se trouvent en présence de lithiase salivaire intra-glandulaire de la glande sous-maxillaire.

EXAMEN HISTOLOGIQUE

DE

QUELQUES CAS DE KÉRATO-MYCOSE DE L'AMYGDALE[4]

Par le Dr **VEILLARD**, de Paris.

Dans cinq cas de mycose leptothrixique, nous avons pratiqué l'examen histologique des fragments enlevés au malade dans un but thérapeutique.

Il s'agissait d'adultes des deux sexes, de vingt à quarante

1. *Loc. cit.*
2. *Loc. cit.*
3. *Loc. cit.*
4. Travail communiqué à la Société française de laryngologie, mai 1901.

ans, n'ayant aucune tare pathologique et dont l'affection se présentait avec les caractères habituels : points blancs très adhérents sur les amygdales palatines, l'amygdale linguale et la paroi postérieure du pharynx dans ses parties latérales ne provoquant qu'une gêne très relative et dont la persistance seule engageait les malades à consulter.

Les pièces ont été recueillies en se servant d'une double curette ou d'une pince à morcellement, de manière à enlever assez largement une portion du tissu sous-jacent; elles étaient ensuite mises dans l'alcool. Plusieurs d'entre elles proviennent de deux malades de mon maître Lubet-Barbon.

Après durcissement par l'alcool et inclusion dans la paraffine, les coupes ont été colorées à l'hématoxyline. D'autres fragments traités par l'alcool au 1/3 ont servi à des dissociations.

Nous passerons en revue, dans cette courte note, les lésions que nous avons rencontrées d'une façon constante :

1° Le parenchyme amygdalien présente un stroma fibreux assez développé. Le processus de sclérose fibreux qui envahit les amygdales est un fait habituel chez l'adulte. Nous avons néanmoins noté que dans les parties sous-jacentes aux lésions les tractus fibreux sont plus abondants, la proportion du tissu fibreux manifestement plus grande qu'ailleurs. Le tissu propre folliculaire subit une réduction parallèle. Il y a encore des follicules; mais ce sont des follicules à lymphocytes uniformes. On ne trouve plus de follicules à centre clair, richement pourvus de gros leucocytes en voie de division karyokinétique, témoignant de l'activité physiologique du tissu. En somme, l'envahissement scléreux du tissu amygdalien nous semble plus précoce et plus actif là où il y a lésion de myco-kératose.

2° Les lésions du parenchyme amygdalien sont banales. Nous allons trouver la caractéristique anatomo-pathologique de la maladie dans les lésions de l'épithélium muqueux.

a) Le derme est réduit à une mince couche conjonctive et ses papilles ont disparu.

b) La couche des cellules cylindriques, stratum malpighien, directement appliquée sur le chorion muqueux, est encore partout reconnaissable. Elle se présente avec ses caractères ordinaires : cellules cylindriques à noyau allongé dont le grand axe est perpendiculaire à la surface du derme et qui retiennent énergiquement la matière colorante.

c) La couche cellulaire moyenne, couche des cellules polyédriques, qui correspond au stratum granulosum de la peau et qui, partout ailleurs, est bien développée, n'existe pour ainsi dire plus. Elle est confondue avec la couche cornée [1].

Rappelons qu'à l'état normal l'évolution centrifuge des cellules de l'épithélium, à partir de leur couche génératrice, aboutit à une desquamation superficielle incessante. Des cellules plates, mais encore nucléées et à noyau colorable, sont ainsi constamment mises en liberté à la surface de la muqueuse, où elles sont entraînées par la salive et le produit des glandes muqueuses. Il n'y a pas, comme pour la peau, kératinisation, c'est-à-dire formation de lamelles cornées, desséchées, qui ne sont plus que des squelettes cellulaires kératinisés.

Or, nous voyons là où il y a mycose ce phénomène d'évolution cornée spécial à l'épiderme cutanée se manifester sur l'amygdale avec une grande intensité. Dans ces points, l'épithélium ne comprend plus que la couche malpighienne qui, nous l'avons dit, a persisté, et une succession de lames cornées dont les plus profondes seules, celles qui sont directement adossées à la couche génératrice, présentent encore quelques caractères de cellules vivantes. Toutes les autres

1, Nous avons recherché avec soin les granulations d'éléidine dans la couche des cellules polyédriques, au moment où celle-ci disparaît transformée en couche cornée, car on sait le rôle important que joue cette substance dans la kératinisation des cellules épidermiques. Mais nous n'avons pu déceler sa présence.

forment une série épaisse de strates serrés de lamelles de kératine où, cà et là, on voit encore se colorer un noyau.

Le processus de kératinisation n'est généralement pas étendu à de grandes surfaces. Presque toujours il se localise dans une crypte peu profonde. Les parois et le fond de cette crypte produisent activement des lamelles cornées. Celles-ci, repoussées peu à peu au dehors, viennent former, en s'épanouissant, les points blancs saillants de l'amygdale.

La cohésion des houppes kératiniques est très grande et grande aussi est leur adhérence avec la muqueuse, comme pouvait le laisser prévoir leur mode de formation.

3° Le leptothrix (nous n'en préjugerons pas l'espèce) végète à la surface et dans les interstices superficiels de ces points où l'épithélium est hyperkératinisé. Il développe là d'abondantes houppes de mycélium. Jamais nous ne l'avons vu s'avancer jusqu'au contact des parties vivantes de l'épithélium. Il reste cantonné à la périphérie, là où les lamelles de kératine commencent à dissocier leurs faisceaux.

Quand on se contente, dans un but de diagnostic, d'enlever un point blanc et de l'examiner après dissociation, on voit dans la préparation un grand nombre de lamelles cornées entremêlées de nombreuses houppes du mycélium leptothrixique. On est porté à voir dans le parasite la cause de la lésion. L'examen histologique des coupes intéressant à la fois les points mycosiques et la muqueuse sous-jacente donne à réfléchir. On est alors tenté de renverser la proposition, de considérer la lésion de l'épithélium comme primitive, le développement du leptothrix comme secondaire. Le parasite, hôte constant de la cavité buccale, trouverait là des conditions de vie favorable et pullulerait.

La question reste entière et ne saurait être tranchée par l'examen de quelques préparations. Cependant, pour marquer la place prépondérante que, pour nous, prend la lésion épithéliale sur la lésion parasitaire, nous avons, dans le titre de cette note, employé le terme de kérato-mycose.

DES VARICES DE LA BASE DE LA LANGUE
CONSIDÉRÉES
COMME UN SYMPTÔME DU CANCER DE L'ŒSOPHAGE

Par le Dr **LEFRANÇOIS**, de Cherbourg.

Les varices de la base de la langue, sans être très communes, sont loin d'être rares, mais pour les voir il faut se servir du miroir laryngien; cependant, leur étiologie est des plus mal connues.

Il est probable que, comme pour les varices en général, l'arthritisme et l'herpétisme jouent un certain rôle en favorisant le développement de lésions rattachées les unes aux autres par un lien commun d'origine. Pour les varices de la base de la langue en particulier, on a invoqué surtout l'alcoolisme, la ménorragie, l'aménorrhée chez la femme, etc. Le système nerveux a été aussi incriminé, et pour le professeur Lancereaux les varices « sont subordonnées à l'action du système nerveux et dépendent d'un trouble de l'innervation trophique ».

Mais il est une cause que je n'ai vue mentionnée nulle part et que j'ai observée un certain nombre de fois, je veux parler du cancer de l'œsophage; en voici les observations résumées et malheureusement assez incomplètes :

Observation I. — M. X..., âgé de soixante-cinq ans, a toujours été d'une bonne santé; pas d'alcoolisme. Depuis quelque temps il a maigri et se plaint de dysphagie. Il m'est adressé en janvier 1899 par mon confrère le Dr Deslandes, pour examiner son larynx. A l'examen laryngoscopique, je suis frappé par la présence d'énormes varices de la base de la langue, auxquelles je rapporte la dysphagie dont se plaignait le malade, ne pensant nullement au cancer de l'œsophage dont il mourait quatre mois plus tard.

Obs. II. — M. R..., âgé de soixante-trois ans, vient me consulter en septembre 1899 pour examiner sa gorge; il se plaint depuis quelque temps d'une certaine difficulté à avaler, souvent il est obligé de boire pour faire progresser le bol alimentaire. Je constate

› la pharyngite granuleuse et des varices de la base de
yennement développées. M. R..., que je connais depuis
'a pas d'habitudes alcooliques, on ne relève chez lui
ase, on ne remarque pas de varices apparentes sur les
› du corps. Ce malade mourait en août dernier d'un
sophage. Mon attention ayant été attirée par l'obser-
ente, j'ai suivi ce malade et j'ai pu remarquer que les
base de la langue ont augmenté en même temps que

· Mme M..., âgée de cinquante-cinq ans, se présente à
le 12 mars 1900 parce qu'elle a craché du sang en
abondance les jours précédents; je constate que ce
luit par des varices de la base de la langue et je donne
bénin ne trouvant par ailleurs rien aux poumons, au
nièrement, j'ai appris que cette dame était morte d'un
sophage.

une relation entre le cancer de l'œsophage et les
a base de la langue? Le cancer occasionne-t-il
sion ou autrement des troubles de la circulation
1 bien s'agit-il d'une simple coïncidence? Je ne
prononcer pour le moment; des observations plus
et plus complètes sont nécessaires. J'ai voulu
attirer l'attention de la Société de laryngologie
qui m'a paru digne d'intérêt.

ANALYSES DE THESES

**tion à l'étude du traitement des paraly-
briques par la sérothérapie,** par le Dr Jean

travail inaugural, l'auteur apporte quelques faits
ui viennent démontrer l'efficacité du traitement
ue sur les paralysies diphtériques.
s statistiques parues jusqu'à ce jour, la paralysie
semblerait peut-être plus fréquente depuis l'emploi

du sérum antidiphtérique, mais cela s'explique facilement : d'une part, par la survie d'un plus grand nombre de malades grâce à la sérothérapie ; d'autre part, par l'emploi tardif du sérum, qui, pour donner de bons résultats, doit être employé de bonne heure et à doses suffisantes.

Loin d'être accusé de provoquer des paralysies, le sérum, d'après des faits cliniques et expérimentaux, doit être regardé comme le véritable moyen curatif de celles-ci.

Il faut avoir recours à des doses variant de 5 à 20 centimètres cubes suivant la nature et la gravité des accidents à combattre sans craindre les prétendues complications graves dues à la sérothérapie.

Après avoir signalé les nombreuses recherches et expériences qui ont mis en lumière l'avantage qu'on pouvait retirer de l'emploi de la sérothérapie dans le traitement des paralysies post-diphtériques, M. Ballan rapporte ses observations personnelles et celles déjà parues. Il a réuni toutes ces observations, au nombre de 22, en un tableau qui permet de saisir la valeur des cas rapportés.

De tous ces faits, il résulte que le médecin doit traiter le plus rapidement possible par le sérum les angines diphtériques. Il doit répéter les injections d'une façon régulière afin que l'organisme soit toujours imprégné d'antitoxine prête à neutraliser l'action de la toxine. Il peut injecter *larga manu*, sans s'inquiéter ni de l'albuminurie ni de l'âge, mais en jugeant d'après les accidents d'ordre toxique que présente le malade.

L'auteur termine par les conclusions suivantes :

1° Le nombre des paralysies diphtériques n'est pas plus fréquent depuis l'emploi méthodique du sérum contre cette affection qu'avant cet emploi ;

2° Les accidents paralytiques sont d'autant moins graves que l'on intervient plus rapidement avec le sérum dans le cas d'intoxication ;

3° Le sérum antidiphtérique a une action manifeste contre les paralysies pouvant survenir pendant et après le cours de cette infection ;

4° Le sérum antidiphtérique annihile l'action nocive que

possède la toxine diphtérique sur les centres nerveux des individus atteints;

5° A hautes doses, le sérum antidiphtérique n'a aucune action nocive sur l'organisme. (Thèse de Bordeaux, 1901.)

Dr G. Dupond.

REVUE GÉNÉRALE ET ANALYSES

BOUCHE ET PHARYNX BUCCAL

Antagonisme entre l'état de la peau et de la muqueuse bucco-pharyngée dans le cours de la syphilis secondaire, par M. A. Renault.

Dans certains cas de syphilis, neuf fois sur douze, l'auteur a remarqué que, malgré l'abondance extrême de l'exanthème, la gorge était demeurée absolument indemne, bien que la plupart des sujets fussent à la fois buveurs et fumeurs.

Par contre, particulièrement chez les individus entachés d'arthritisme, il existe des lésions gutturales tenaces, alors que la peau reste indemne, ou du moins n'est que très légèrement touchée. (*La Semaine méd.*, 19 juin 1901.)

Dr G. Dupond.

Nouveau cas d'amygdalite ulcéro-membraneuse, par le Dr Aimar Raoult.

Sans vouloir entamer une description complète de l'amygdalite ulcéro-membraneuse, qui, depuis trois ans, a acquis droit de cité dans la pathologie, l'auteur croit utile, cependant, de retracer rapidement l'historique des premiers travaux parus sur ce sujet.

Désirant remettre certaines questions au point, il passe en revue toutes les recherches qui ont été faites sur cette affection et toutes les communications auxquelles elle a donné lieu.

M. Raoult pense qu'on ne peut donner à l'amygdalite ulcéro-membraneuse le nom d'angine de Vincent, comme l'a fait dernièrement M. Letulle. Il serait plus juste de la dénommer

angine de Bergeron. Il y a donc lieu de lui conserver, avec la plupart des auteurs, le nom d'amygdalite ulcéro-membraneuse à bacilles fusiformes de Vincent.

L'auteur rapporte, ensuite, quelques cas inédits et intéressants parce qu'ils mettent en lumière plusieurs points de l'étude clinique de l'amygdalite ulcéro-membraneuse.

Dans les deux premiers cas, il s'agit d'amygdalite bilatérale. Dans le premier et le troisième, il y a lieu de remarquer la lenteur de la guérison dans le milieu confiné des villes. Il a suffi, en effet, d'envoyer ces malades à la campagne pour que la cicatrisation soit rapide.

Dans l'observation IV, l'amygdalite a été aussi bilatérale, mais s'est faite en deux temps.

Enfin, dans le dernier cas rapporté, l'ulcération semble avoir été la porte d'entrée qui a favorisé la production d'un abcès de la fossette sus-amygdalienne à sa partie postérieure. (*Progrès méd.*, juillet 1901.)

Dr G. Dupond.

NEZ ET PHARYNX NASAL

Influence des crises d'hystérie sur la sensibilité olfactive, par M. Vaschide.

L'étude de la sensibilité olfactive (mesurée au moyen de l'eau camphrée) a permis à l'auteur de constater, chez les hystériques, l'existence, au moment des crises, d'une légère hyperesthésie. La reconnaissance des odeurs, qui est un phénomène de perception, diminue avant et pendant les paroxysmes. Quant à la sensibilité tactile de la muqueuse pituitaire, elle augmente, au contraire, durant les mêmes périodes. (Soc. de biologie, mai 1901; *Semaine méd.*, n° 23, mai 1901.)

Dr F. Ardenne.

Corps étranger enclavé dans le pharynx depuis quatre mois. Radioscopie. Extraction, par le Prof. Gherardo Ferreri.

L'auteur rapporte l'observation d'un malade chez lequel, à première vue, on pouvait songer à la présence dans le nasopharynx d'une tumeur maligne. Il existait de l'obstruction nasale, de la difficulté à la déglutition; l'haleine était fétide, avec rejet de matières purulentes mêlées de sang.

A l'examen direct, on remarque une tuméfaction prononcée sur la paroi postérieure de toute la moitié droite. Au toucher, les tissus œdématiés se laissent déprimer et on a la sensation d'un corps étranger.

La radioscopie fournit l'image d'un corps étranger allongé, à la partie supérieure des tissus caverneux, au voisinage de la colonne vertébrale.

Le corps étranger était fortement enclavé dans les tissus et son extraction offrit quelques difficultés. Il s'agissait d'un embout de pipe en ambre.

Il est très probable que ce corps étranger avait pénétré dans le pharynx lors d'une chute qu'avait faite le malade et à la suite de laquelle il avait perdu connaissance.

Il est remarquable qu'un corps étranger aussi volumineux ait pu séjourner aussi longtemps dans cette région sans provoquer d'accidents plus sérieux. (*Ann. des mal. de l'oreille*, juin 1901.)

Dr G. Dupond.

Broncho-pneumonies d'origine nasale (Acad. de méd., séance du 2 juillet).

M. Rendu lit un rapport sur un travail de M. Martin du Magny. D'après cet auteur, certaines affections bronchiques et broncho-pulmonaires d'origine nasale et consécutives à des suppurations chroniques des fosses nasales, de l'arrière-pharynx, de l'oreille moyenne ou de la bouche, sont à répétition, se localisent au lobe supérieur du poumon, aux alentours de la grosse bronche de ce lobe, et s'accompagnent d'expectoration suppurée.

Il y a ensemencement direct des bronches par le pus ; le poumon malade est toujours celui du côté sur lequel le malade se couche habituellement.

Il faut connaître ces affections bronchiques d'origine nasale pour ne pas les confondre avec la tuberculose. (*Bull. méd.*, juillet 1901.)

Dr G. Dupond.

CAVITÉS ACCESSOIRES

Étude sur quelques opérations nouvelles appliquées aux sinus de la face, par le Dr Jousset, de Lille.

Pendant ces vingt dernières années, les maladies des cavités accessoires des fosses nasales ont fait l'objet des recherches des chirurgiens. On a plus spécialement étudié la suppuration de ces parties et les moyens de la supprimer.

L'auteur passe en revue et étudie successivement toutes les opérations pratiquées dans ces derniers temps, soit que les procédés opératoires soient de vieilles méthodes rajeunies, soit que l'intervention soit tout à fait originale.

Les procédés que l'on peut dire nouveaux sont ceux que Kaspariantz a proposés pour le sinus maxillaire, que Luc, Jacques ont indiqués pour l'ethmoïde, que Lubet-Barbon et Furet ont tracés pour le sinus sphénoïdal.

M. Jousset termine ainsi son étude : « Beaucoup de points sont à retenir dans les essais d'intervention que nous venons de présenter. Parmi les opérations endo-nasales, les procédés de Vacher, de Luc peuvent rendre des services pour traiter les sinusites maxillaires, l'ethmoïdite, les sinusites sphénoïdales. L'opération de Rouge permet de voir plus largement et d'agir plus efficacement.

» Dans les interventions par l'intérieur, l'attaque, par le sinus maxillaire, de l'ethmoïde et du sinus sphénoïde — méthodes de Jansen ou de Furet — conduit à des résultats avantageux. Le manuel opératoire du dernier chirurgien nous paraît plus précis, nous considérons le procédé comme un grand progrès.

» Toutes ces interventions doivent, quand il y a des sinusites compliquées ou des pansinusites, céder le pas aux opérations larges, intéressant tous les tissus, parce que ces dernières sont plus chirurgicales et permettent de découvrir tous les points malades. » (*Le Nord méd.*, avril 1901.) Dr G. Dupond.

LARYNX ET TRACHÉE

Corps étranger métallique dans la bronche gauche, extraction par l'électro-aimant, par le Dr Piéchaud.

M. Piéchaud rapporte un cas de corps étranger métallique (clou de $2^{cm}5$) qu'il a retiré de la bronche gauche d'un enfant

de trois ans. Cette intervention, faite seulement un mois après l'accident, a consisté en une trachéotomie et l'introduction d'un cathéter de fer doux qui allait au contact du clou, tandis qu'extérieurement il était en contact avec un électro-aimant puissant. Le clou ayant été retiré avec quelque difficulté d'ailleurs, les suites opératoires furent fort simples, et le petit malade était guéri six jours après. (Séance de l'Acad. de méd., 2 avril 1901.)

Dr G. Liaras.

Laryngectomie totale; résultat éloigné; larynx artificiel (Soc. de méd. de Lyon).

M. Jaboulay présente à la Société un malade syphilitique, âgé de trente-cinq ans, qui était atteint d'un rétrécissement du larynx, incurable médicalement et chirurgicalement. Après l'échec de la laryngectomie sous-muqueuse, l'ablation totale du larynx a été faite, y compris l'épiglotte. Le malade est parfaitement guéri. Son larynx a été remplacé par un appareil qui lui permet à la fois de respirer, parler et manger. (*Lyon méd.*, avril 1901.)

Dr G. Dupond.

Un nouveau miroir laryngé stérilisable *(Ein neuer sterilisirbarer Larynxspiegel)*, par le Dr G. Trautmann.

Pour éviter tout danger d'infection, il suffit que les parties du miroir laryngé qui viennent en contact avec la muqueuse pharyngée, c'est-à-dire le cadre lui-même du miroir, soient faciles à stériliser. Un miroir dont la glace peut se séparer facilement de son cadre répond donc assez bien à cette condition. Aussi l'auteur a-t-il imaginé le dispositif suivant. Son miroir se compose de trois parties : une capsule métallique, une glace qui peut être introduite dans cette capsule, et un anneau occlusif qui fixe la glace dans la capsule. Cette dernière présente deux boutons latéraux auxquels correspondent, sur l'anneau, deux échancrures, de sorte que la fixation peut s'obtenir par un simple mouvement de rotation de l'anneau.

Pour stériliser le miroir, on sort la glace de la capsule et on fait bouillir anneau et capsule ; quant à la glace elle-même, il suffit de l'essuyer avec un tampon d'ouate imbibé d'une

solution antiseptique quelconque. De cette façon, on a toujours des miroirs stérilisés, sans s'exposer pour cela à détériorer la glace. (*Münch. med. Wochens.*, n° 25, 1901.)

Dr JANKELEVITCH.

Injections intra-trachéales vraies et directes avec ou sans aiguille à demeure, par les Drs G. ROSENTHAL et G.-A. WEIL.

Pour pratiquer les injections, les auteurs emploient une seringue avec canule à courbure spéciale, et se servent de l'index gauche pour guider la seringue tenue de la main droite. Ils se servent aussi d'une aiguille qu'ils introduisent au-dessous du cricoïde et qu'un dispositif particulier permet de laisser en place huit jours; on peut alors répéter l'injection tous les jours.

En présence de cette technique, il est permis de se demander pourquoi les auteurs n'emploient pas le miroir laryngien pour guider l'introduction de la canule entre les deux cordes vocales, au moment d'une inspiration. Le procédé est très simple, très rapide et certainement beaucoup moins désagréable pour le patient que l'introduction du doigt derrière l'épiglotte jusqu'à l'aryténoïde. (*Union méd. du Nord-Est.*, juillet 1901.)

Dr G. DUPOND.

Un cas de laryngite sous-muqueuse infectieuse *(Laryngitis submucosa infectiosa)*, par le Dr TROFIMOW.

Le malade, âgé de vingt-quatre ans, sans antécédents morbides, est pris subitement d'un mal de gorge violent, accompagné de frissons et d'une toux sèche. Il entre à l'hôpital avec une température de 39°. On trouve une inflammation intense du pharynx, une tuméfaction des ganglions sous-maxillaires droits. Le malade a de la dysphagie. Il dit avoir éprouvé les premiers frissons cinq jours avant son entrée à l'hôpital, mais n'y prêta aucune attention. Il ne se rappelle pas avoir pris froid et dit n'avoir absorbé aucune substance toxique ou caustique.

La peau est légèrement cyanosée, la respiration difficultueuse, stertoreuse; voix sourde, mais pure; bouche un peu entr'ouverte. Langue couverte de mucosités épaisses; poumons

et cœur sains; rate et foie de volume normal. Le malade est las, apathique et répond difficilement aux questions qu'on lui pose. Ne peut marcher sans être soutenu. Produit l'effet de quelqu'un gravement malade. Température du soir = 39°3; le lendemain matin, température = 39°5.

Hyperémie et tuméfaction de la muqueuse du naso-pharynx et du pharynx. L'épiglotte, très tuméfiée, affecte la forme d'un corps irrégulier, dur et obstrue complètement l'entrée du larynx. La tuméfaction de l'épiglotte s'étend aussi aux plis ary-épiglottiques, de sorte que tout l'isthme du larynx paraît déformé. On n'arrive pas à voir la glotte; mais, se basant sur l'état de la voix, on est autorisé à conclure que les cordes vocales n'ont pas subi de grandes modifications. Le larynx est sensible à la pression. Rien d'anormal au niveau du cou, sauf la tuméfaction ganglionnaire mentionnée plus haut.

Croyant se trouver en présence d'une périchondrite aiguë de l'épiglotte, l'auteur ordonne l'application de deux sangsues au niveau du creux sus-sternal; le malade n'en ressentit aucun soulagement. Les troubles respiratoires s'aggravaient rapidement, et pendant qu'on faisait les préparatifs pour la trachéotomie, il tomba dans une asphyxie complète avec cyanose intense et convulsions. On exécute rapidement la trachéotomie et pratique pendant une demi-heure la respiration artificielle. Pendant tout ce temps, le malade avait eu des convulsions toniques étendues à tout le corps, de l'opisthotonos, avec perte de la connaissance et émission involontaire d'urine et de matières fécales, de sorte qu'on avait cru à une intoxication comme cause de tous ces phénomènes. Les convulsions ont persisté jusqu'à la mort, même après que la cyanose eut disparu et que le malade eut repris la respiration normale. Quant à la cyanose, l'auteur avait cru qu'elle était due à une hémorragie dans le larynx ou dans les bronches; mais l'aspiration, à l'aide d'une sonde de Nélaton, n'a pas ramené une seule goutte de sang. On pratiqua des inhalations d'oxygène; la connaissance ne revint qu'une heure et demie après l'opération. Vingt-quatre heures plus tard, il perdit de nouveau connaissance et resta dans cet état jusqu'au moment de la mort. La veille de sa mort, le malade a passé une nuit très

agitée, la respiration était accélérée, la déglutition complètement impossible. Il s'est formé sur le côté du cou; dans la couche intra-musculaire, une infiltration de nature inflammatoire; on prescrivit des frictions avec la pommade mercurielle grise. L'examen le plus attentif des organes internes ne révéla rien d'anormal. Le soir de l'opération, la température était tombée à 36°8. Le lendemain matin, température = 39°7, le soir = 38°. Pouls filiforme, à peine perceptible, battant à 130. Respiration = 54. Le surlendemain de l'opération, au matin, le pouls est plus perceptible, la respiration très accélérée, superficielle. Cyanose prononcée, refroidissement des extrémités. Le malade meurt à onze heures du matin.

L'autopsie révéla qu'il s'agissait d'une inflammation érysipélateuse et phlegmoneuse du pharynx et du larynx, avec septicémie, infiltration purulente des muscles et du tissu cellulaire des cartilages périlaryngés, hépatite nécrosante disséminée.

Il ne s'agissait pas, dans ce cas, d'un phlegmon secondaire, consécutif à l'érysipèle, car la plaie trachéale ne présentait pas d'altérations érysipélateuses; mais bien d'un phlegmon primitif. La courte durée de la maladie, la gravité des symptômes généraux et l'insuccès complet de la trachéotomie parlent encore en faveur de ce diagnostic. Ce serait donc le dix-neuvième cas de phlegmon primitif du larynx observé jusqu'ici.

Ajoutons que le pharynx et le larynx étaient le siège d'ulcérations dues à la nécrose des tissus à la suite de l'infection phlegmoneuse. (*Allgem. Wiener. med. Zeits.*, nos 8 et 9, 1901.)

Dr JANKELEVITCH.

Quelques cas curieux de corps étrangers du larynx, par le Dr J. GAREL.

L'auteur rapporte quatre observations intéressantes qui montrent combien le larynx devient tolérant pour certains corps étrangers, qui peuvent y séjourner sans provoquer d'accidents graves.

Dans le premier cas, il s'agit d'un enfant de huit ans et demi qui avait avalé un clou. Ce clou s'était fixé obliquement dans

le larynx : sa tête disparaissait complètement dans la fente du ventricule gauche. Il fut possible de l'extraire avec une pince.

Dans la seconde observation est rapportée l'histoire d'un homme de trente-sept ans qui, dans une crise d'épilepsie, coupa en deux une cuillère et en avala la moitié.

Ce corps étranger détermina de l'aphonie et, malgré un séjour assez long dans le larynx, n'occasionna pas de réaction inflammatoire. La pointe mousse se trouvait vers la commissure antérieure et la partie dentelée entre les éminences aryténoïdes. Il fut encore possible de l'extraire avec une pince, mais en tirant avec assez de force. L'intervention ne donna lieu à aucune complication.

Dans le troisième cas, c'est un petit garçon de quatre ans et demi qui avait avalé un objet dont les parents ignoraient la nature. Ce n'est que quatre mois après que la trachéotomie fut pratiquée, et il ne fut procédé à l'extraction qu'une vingtaine de jours après l'ouverture de la trachée. Le corps étranger consistait en un crochet de bottine muni d'un œillet couronné d'une série de pointes destinées à le river. Ce crochet s'était mis à cheval sur la partie postérieure de la corde vocale droite.

Suites opératoires excellentes : la canule fut enlevée dix jours plus tard.

Dans le quatrième cas, enfin, il s'agit d'une femme qui, en mangeant sa soupe, avait ressenti tout à coup une vive douleur dans la gorge. Au laryngoscope, on voit une épingle à tête noire profondément implantée sur le côté gauche du larynx.

L'épingle est enlevée facilement après cocaïnisation.

Il n'y a pas de règle fixe pour intervenir dans les cas de corps étranger du larynx.

Généralement on ne doit pratiquer la trachéotomie qu'après avoir tenté l'extraction par les voies naturelles. On sera aussi guidé par les accès de suffocation immédiats ou tardifs. (*Ann. des mal. de l'oreille*, août 1901.)

Dr G. Dupond.

OREILLES

Contribution à la technique de la cure chirurgicale de l'otorrhée chronique, par le Dr Goris (Soc. belge de chir.).

L'auteur expose la technique qu'il emploie après la cure radicale de l'otorrhée pour parer à l'atrésie du conduit auditif membraneux et favoriser l'épidermisation de la large cavité osseuse créée par l'opération. Les avantages qui en résultent sont :

1° D'éviter la sténose du conduit et les opérations complémentaires qu'elle exige;

2° De permettre le nettoyage de la cavité opératoire par l'ouverture du conduit d'abord, par l'incision opératoire ensuite, qui, toutes deux, conduisent directement, grâce à la résection en biseau de l'apophyse, à la cavité opérée;

3° De supprimer rapidement le port du bandage;

4° De ne laisser qu'une trace à peine perceptible de l'opération. (*Jour. de chir.* et *Ann. de la Soc. belge,* mai 1901.)

Dr G. Dupond.

Du cholestéatome du temporal et de son traitement *(Cholesteatoma of the temporal bone and its treatment)*, par le Dr H. J. Waring.

L'auteur décrit deux cas de cholestéatome de l'os temporal, dont l'un primitif et l'autre secondaire.

Cas I. — Il a trait à une femme de vingt-deux ans, apparemment bien portante, qui était atteinte depuis quelque temps de surdité du côté gauche, et d'une tuméfaction douloureuse et fluctuante derrière l'oreille gauche. Une simple incision de celle-ci a donné issue à une quantité considérable de pus. Vingt jours plus tard, la malade vint consulter l'auteur.

A l'examen, il trouva derrière le pavillon gauche un orifice fistuleux qui conduisait sur l'os nécrosé, mais la membrane du tympan était intacte. On procéda à une opération radicale. L'os a été trouvé, sur une grande étendue, occupé par une vaste cavité, mesurant deux pouces sur un pouce et un quart, et remplie de tissu que l'examen histologique a démontré être un cholestéatome typique. La cavité s'étendait, en avant, jusque

dans le tympan, mais ne s'ouvrait ni dans le cervéau ni dans la fosse cérébelleuse. Toute la cavité a été soigneusement curettée et traitée pendant plusieurs semaines par des lavages et des pansements antiseptiques. Les parois de la cavité se couvrirent de granulations rouges, et un écoulement purulent commença à paraître dans le conduit auditif externe.

Lorsqu'on constata que la cavité gardait depuis quelque temps les mêmes dimensions et restait stérile, on pratiqua une seconde opération pour fermer la plaie rétro-auriculaire.

La plaie ouverte, la cavité a été soigneusement nettoyée et tout l'espace comblé de longs et minces fragments d'os et de cartilage pris sur le fémur et le tibia d'une jeune chatte tuée dans ce but au cours de l'opération. La plaie extérieure a été ensuite suturée et le conduit tamponné de gaze. Excepté un écoulement fétide non septique du conduit, on ne nota rien d'important du cinquième au neuvième jour de l'opération. La malade quitta l'hôpital une quinzaine après, la plaie extérieure complètement guérie et l'écoulement du conduit tari. L'ouïe du côté malade s'est légèrement améliorée. L'état de la malade, qu'on continuait à observer, est demeuré excellent pendant les deux premières années qui suivirent l'opération ; après quoi, on l'a complètement perdue de vue.

Cas II. — Fillette âgée de dix ans et atteinte depuis deux ans d'un écoulement purulent de l'oreille droite. Une opération dont on ne put exactement connaître la nature a été antérieurement pratiquée dans un autre hôpital. L'examen montra un écoulement purulent du conduit droit dont la partie profonde était remplie de fongosités ; au niveau de la mastoïde, du même côté, existait une dépression cicatricielle. L'examen de l'oreille a été complété sous anesthésie. On trouva alors une tumeur vasculaire remplissant la caisse et s'étendant, en arrière, vers l'antre. Ablation de la tumeur à l'aide de la curette de Volkmann et curettage des parois qui étaient nécrosées. Le traitement consista en lavages et pansement de la cavité deux fois par jour, pendant plusieurs semaines. La cavité diminua de dimensions et l'écoulement a presque cessé.

La tumeur était formée de tissu vasculaire revêtu d'une épaisse couche d'épithélium stratifié squameux. Après avoir

quitté l'hôpital, la malade y revint quelques semaines plus tard à peu près dans le même état que la première fois. On pratiqua alors une seconde opération. L'antre et la cavité tympanique furent ouverts par derrière, débarrassés de tumeurs et les parois curettées.

La plaie rétro-auriculaire a été laissée ouverte. A trois reprises différentes, la cavité s'est remplie de productions cholestéatomateuses : finalement on parvint à la rendre aseptique. On procéda ensuite comme dans le premier cas, c'est-à-dire qu'on l'a comblée d'os et de cartilage. Les effets n'ont pas été satisfaisants : un abondant écoulement purulent s'est établi, qui ramena au dehors les fragments d'os et de cartilage. Plus tard on pratiqua de nouveau l'opération de Ballance, mais avec des résultats plus satisfaisants.

L'auteur croit que l'état de la malade est plus susceptible d'amélioration quand la cavité est remplie d'os frais que lorsqu'elle est abandonnée comme une cavité revêtue d'épithélium. Il attribue l'échec de la greffe osseuse, dans le cas II, à ce fait que la cavité n'a probablement jamais été rendue entièrement aseptique. (*Edinb. med. Journ.*, février 1901, et *The Journ. of laryngol.*, mai 1901.)

TRIVAS.

Tumeur du nerf acoustique, par le prof. LÉPINE.

Une malade, qui présentait depuis plus d'un an des troubles ayant débuté par une céphalée nocturne, du bourdonnement dans l'oreille gauche et une amaurose de l'œil droit, unilatérale d'abord, double ensuite, mourut dans le service de M. Lépine, au cours d'une crise épileptoïde. A l'autopsie, on trouve une tumeur du volume d'un œuf, née dans le rocher et développée dans la cavité crânienne, sous la dure-mère. L'examen ophtalmoscopique avait permis de constater ce fait intéressant, vérifié à l'autopsie, que l'œdème de la papille s'était étendu à la rétine et avait provoqué tout autour de la papille un décollement rétinien (Dor). (Soc. de méd. de Lyon, *in Lyon méd.*, 21 mai 1901.)

Dr G. LIARAS.

Abcès du cerveau. Paralysie faciale périphérique consécutive à la carie du rocher, par M. ROBERT, interne (Soc. méd. d'Amiens).

M. Robert lit une observation de carie du rocher ayant déterminé une paralysie faciale et un volumineux abcès du cerveau au niveau du lobe temporal gauche. La mort a eu lieu avant qu'on ait pu intervenir.

De la discussion qui suit la communication, il ressort qu'il faut toujours examiner l'oreille dans les paralysies faciales et intervenir dans tous les cas de ce genre. (*Gaz. méd. de Picardie,* juin 1901.)

Dr G. DUPOND.

Un cas de septicémie avec otite et thrombose du sinus, ayant débuté par des manifestations articulaires *(Ein Fall von Sepsis mit Otitis und Sinusthrombose, beginnend mit den Erscheinungen des Gelenkenrheumatismus),* par le Dr SCHNELLE.

Le malade, un jeune militaire, fut atteint, le 23 mai 1900, d'une inflammation du tissu cellulaire du bras gauche, qui guérit sans incision, grâce à l'application de compresses froides. Pendant qu'il était encore à l'infirmerie, il éprouva des douleurs, des bourdonnements et une diminution de l'ouïe dans l'oreille droite, le tout accompagné d'une sensation de vertige. Paracentèse de la membrane du tympan, suivie d'un écoulement abondant de liquide et d'une diminution des douleurs. Cinq jours après, il entre à l'hôpital; il n'éprouve que de légers bourdonnements dans l'oreille droite; il se tient debout et peut même faire quelques pas les yeux fermés. La muqueuse pharyngée est très boursouflée, l'amygdale gauche augmentée de volume, la langue chargée. La muqueuse nasale est très rouge, couverte d'une sécrétion purulente; le cornet moyen gauche bouche la cloison. Pas de tuméfaction ni de douleurs autour des oreilles; l'oreille droite sécrète un pus brun verdâtre, assez épais et abondant. Après essuyage du conduit, on voit la partie supérieure de la membrane du tympan très rouge et tuméfiée, les osselets ne sont pas visibles. Par la partie inférieure de la membrane, on voit sourdre, aussitôt après l'essuyage, une nouvelle quantité de pus, de sorte qu'il est impossible de se rendre compte des dimensions

de la perforation : Weber + à droite; Rinne + à gauche, — à droite. État général bon; bras gauche guéri; température normale. Diagnostic : otite aiguë à droite. Traitement : nettoyage quotidien suivi d'un tamponnement peu serré du conduit; repos au lit; infusion de feuilles de jaborandi.

Pendant les quatre jours suivants, la température du soir était de 37°6, néanmoins l'état restait stationnaire. Le soir du 2 juin, la température atteignit 38°2, et, dans la nuit du 2 au 3, le malade éprouva de légères douleurs dans l'oreille droite et dans l'articulation tibio-tarsienne gauche. La région auriculaire droite n'est pas sensible à la pression. La nuit suivante, douleurs au niveau de l'articulation tibio-tarsienne droite. Les deux articulations sont rouges, tuméfiées, sensibles à la pression. On pose le diagnostic de rhumatisme articulaire. Rien du côté du cœur. Le 9 juin, les manifestations articulaires avaient complètement disparu; la température était de 38°2. Le malade commence à se plaindre de douleurs frontales, la région mastoïdienne droite jusqu'à 4 centimètres au-dessous du pavillon devient sensible à la pression, les mouvements de la tête, tout en restant libres, sont cependant accompagnés de douleurs à droite, surtout pendant la rotation à gauche. L'écoulement est toujours aussi abondant qu'avant, l'examen otoscopique ne révèle aucune cause de rétention.

Le lendemain matin 10 juin, la température atteint 39°1, l'état n'a pas changé; on pratique une nouvelle paracentèse dans la partie supérieure enflammée de la membrane du tympan. Fond de l'œil normal. Dans l'après-midi, frisson. Température du soir, 39°7. La nuit suivante, le malade se plaint de douleurs dans la région thoracique gauche. Le lendemain matin, on constate de la matité et une respiration soufflante au niveau du lobe médian du poumon droit, à gauche le son est plus clair. Le malade expectore une sécrétion peu abondante, muco-purulente, légèrement teintée de sang. Tuméfaction de la région cervicale droite; température 40°8. Opération. Le tissu osseux de l'apophyse mastoïde est ramolli, granulations extrêmement abondantes; on voit du pus venir de la région du sinus sigmoïde, qui se trouve au fond de la plaie; abcès périsinusien; le sinus lui-même,

baignant dans le pus, est d'une coloration verdâtre et présente une fente béante, de 1 centimètre de longueur, à travers laquelle on ne voit pas sourdre une goutte de sang. C'était une lésion du sinus consécutive à un curettage de la substance osseuse qui était ramollie jusque dans le voisinage immédiat du sinus. Après avoir établi une large communication avec l'oreille moyenne, on retira du sinus trois thrombi. Tamponnement et pansement. Le malade est resté sous le chloroforme pendant une heure et quart. Immédiatement après l'opération, il eut un frisson. Le lendemain, la température descendit à 38°2, l'état général était bon, la respiration un peu accélérée; une tumeur fluctuante s'était formée au niveau du coude gauche et on constata en même temps une différence entre les pouls des deux côtés; tandis que le pouls gauche était régulier, plein et fort, le droit était à peine perceptible et présentait des faux pas. A la visite du soir, ce dernier phénomène avait disparu. Le soir du jour de l'opération, le malade eut des vomissements et la diarrhée. Température dur soir, 38°8. Le surlendemain matin, 13 juin, la température avait un peu baissé : elle était de 37°9. En changeant le pansement, on put s'assurer que le fond de la plaie s'était un peu nettoyé; ce n'est qu'en comprimant la veine jugulaire qu'on faisait sortir un liquide sanguino-purulent par le bout inférieur du sinus ouvert. Mais comme depuis l'opération la température baissait toujours, on s'abstint d'une nouvelle intervention. Le 14 juin, ouverture de l'abcès articulaire du coude droit, avec issue de deux grosses cuillerées de pus. Les phénomènes pulmonaires décrits plus haut se sont accentués et le malade crachait de grosses membranes. A partir du 15 juin, la température commence à monter. Ligature de la veine jugulaire, qui est très épaissie dans sa partie supérieure et adhère fortement à la gaine des vaisseaux jusqu'à la hauteur du bord inférieur du larynx. Au-dessous de ce point, elle est complètement affaissée et comme ratatinée. On ouvrit à ce niveau une portion de la veine comprise entre deux ligatures et on en retira un thrombus, dont le bout inférieur était d'un rouge sombre brillant, tandis que le bout supérieur était en voie de décomposition. Incision d'une tumeur qui s'était formée depuis

plusieurs jours au niveau de l'articulation sterno-claviculaire gauche et qu'on trouva remplie de pus. La température se maintint, après cette opération, à la même hauteur, quoique la sécrétion du bout inférieur du sinus fût diminuée. Le bout supérieur du sinus, qui jusque-là était obstrué par un thrombus solide, d'un rouge sombre, commença à sécréter un peu de pus animé de pulsations. Le 21 juin, mise à nu des sinus transverse et sigmoïde, à une distance de 3 centimètres du bord postérieur de la plaie; le sinus ne présentait une légère coloration verdâtre que dans sa partie attenante à la plaie, tandis que dans le reste de son trajet il était de couleur bleu rougeâtre foncé. Il fut ouvert sur une longueur de 1 centimètre et demi, le thrombus qui l'obstruait fut retiré jusqu'à ce que le sang ait jailli. Tamponnement et pansement. Jusqu'au 22 juin, l'état général restait satisfaisant. Ce jour-là, l'examen des poumons a révélé une aggravation notable des phénomènes qui avaient été déjà constatés; le 23 juin, on constata de nombreuses pétéchies, et le soir du même jour, le malade est mort à la suite de symptômes assez graves d'œdème pulmonaire.

L'examen microscopique du pus des oreilles et du thrombus extrait de la veine jugulaire révéla la présence de diplocoques et de quelques streptocoques.

L'auteur croit qu'il s'agissait dans ce cas d'une septicémie latente qui se serait manifestée tout d'abord par l'inflammation du tissu cellulaire du bras, ensuite par l'affection auriculaire et les phénomènes articulaires; ce n'est que lorsque le sinus eut été atteint à la suite de l'affection de l'oreille que la maladie générale a subi une exacerbation avec métastases dans les poumons et dans le cœur. (*Deuts. med. Wochens.*, n° 27, 1901.)

Dr JANKELEVITCH.

VARIA

Hygroma kystique du cou *(Cystic hygroma of neck)*, par le Dr SAINT-CLAIR THOMSON.

Il s'agit d'une femme de vingt-neuf ans, atteinte d'une grosse tumeur irrégulière et molle, occupant la moitié supérieure du muscle sterno-mastoïdien droit. La tumeur était nettement fluctuante et élastique, mais pas enflammée n

adhérente. La malade affirmait que la tumeur a fait son apparition juste avant son mariage (à l'âge de vingt-sept ans) sous forme d'une petite masse sur le côté droit du cou. Elle augmenta de volume pendant sa grossesse et devint encore plus grosse après la naissance de son premier enfant.

M. Bland-Lutton affirme que les kystes séreux congénitaux du cou font *toujours* leur apparition soit à la naissance, soit immédiatement après. Comme ces kystes prennent naissance sous l'aponévrose cervicale profonde, il est possible que dans le cas présent le kyste ait échappé à l'attention avant d'avoir traversé l'aponévrose et d'être devenu superficiel. (Clin. Soc. of London, séance du 22 février 1901, *in The Lancet*, 2 mars 1901.)

TRIVAS.

Actinomycose cervico-faciale gauche, forme temporo-maxillaire, par M. CH. BAYLE.

Il s'agit d'un malade de soixante-quatre ans, cultivateur, sans antécédents pathologiques, ayant seulement une denture réduite à de vieux chicots recouverts de tartre. Ce malade eut deux mois avant d'être vu des douleurs vives dans la joue gauche, qui devint rapidement le siège d'une tuméfaction notable; en même temps survenait du trismus. Une incision faite à ce moment donna issue, au dire du malade, à une certaine quantité de pus. A son entrée à l'hôpital, on constatait un gonflement occupant surtout la région parotidienne gauche, remontant au-dessus de l'arcade zygomatique, descendant au niveau de l'angle inférieur et de la branche horizontale du maxillaire inférieur. Cette tuméfaction était dure, ligneuse, sans changement de coloration de la peau; elle formait un plastron induré caractéristique.

Il existait aussi deux orifices fistuleux en avant du bord antérieur du masséter, fistule par où s'écoulait de la sérosité à peine purulente. Ces fistules ne menaient pas à des points osseux dénudés, mais aux parties profondes de la région temporo-maxillaire. Le liquide séro-purulent recueilli sur une lamelle laissa voir quelques grains jaunes caractéristiques macroscopiquement; mais au microscope, ces grains n'avaient aucun des caractères des éléments actinomycosiques : ils se

présentaient, en effet, sous l'aspect d'amas cellulaires et non mycéliaux tout autour avec des massues. Malgré ce résultat négatif, on prescrivit l'iodure de potassium et, sous cette influence, les fistules parurent se cicatriser; mais, quelques jours après, survint une tuméfaction du volume d'une noisette, nettement fluctuante, qu'on incisa, et dont la sérosité louche renfermait des grains jaunes encore. Leur structure microscopique ne se rapprochait pas de la structure mycosique tout en étant très différente de celle qu'on avait remarquée la première fois; mais une nouvelle investigation fit, enfin, découvrir dans le grain, écrasé et coloré par la méthode de Gram, un mycélium à dichotomie tellement caractéristique que le doute n'était plus possible.

Cette intéressante observation montre la grande valeur des signes cliniques qui permettent de poser le diagnostic d'actinomycose alors que l'examen microscopique est négatif et la nécessité de faire des examens histologiques répétés et expérimentés. (*Gaz. des hôpit.*, 27 juin 1901.)

Dr G. Liaras.

NOUVELLES

— **Nominations.** — Les Drs O. Barrago Ciarella et G. Martuscelli ont été nommés docents libres, sur titres, d'oto-rhino-laryngologie à l'Université de Naples.

Le Dr J. Hegener vient d'être nommé docent d'otologie à Heidelberg, après lecture d'un travail sur le *développement des méthodes de traitement chirurgicales des affections d'oreille.*

— **L'Association française pour l'avancement des sciences** se réunira du 8 au 14 septembre, à Ajaccio.

— Au prochain **Congrès international de Madrid,** en avril 1903, la Section XI (oto-rhino-laryngologie) sera présidée par le Dr E. Urunuela, avec le Dr Forus comme secrétaire.

Bordeaux. — Impr. G. Gounouilhou, rue Guiraude, 11.

22e ANNÉE. N° 40. 5 OCTOBRE 1901.

REVUE HEBDOMADAIRE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

HYPERTROPHIE DE LA MUQUEUSE DU CORNET INFÉRIEUR SIMULANT UNE TUMEUR MALIGNE DU NEZ[1]

Par le Dr **Georges DESVAUX**, d'Angers,
ancien interne des hôpitaux de Paris.

OBSERVATION. — Mme X... se présente à ma consultation à la fin de septembre 1899 pour une obstruction de la narine droite.

Cette femme, âgée de trente-sept ans, a toujours été bien portante et bien réglée; mariée à vingt-deux ans, elle n'a fait aucune fausse couche.

A trente ans, elle a accouché d'un garçon. A la suite de cette couche, hémorragie assez abondante, phlébite du côté gauche. Cette phlébite dura quarante-cinq jours. Depuis ce moment, elle a toujours été soignée pour de l'anémie, et peu réglée après sa couche. Il n'y a que quelques semaines qu'elle se trouve gênée du nez.

C'est vers le 17 septembre qu'elle est prise d'épistaxis, épistaxis qui se renouvelle presque chaque jour et qui est assez abondante chaque fois. A ce moment, la gêne nasale est encore peu marquée. Au moindre attouchement avec le doigt, l'épistaxis se produit; mais, particularité à noter, la malade, en se mouchant, ne saigne pas.

L'épistaxis persistant toujours, elle se décide à aller consulter : on lui dit qu'elle a un polype dans le nez, et, séance tenante, on se mit à le lui cautériser.

Le lendemain, nouvelle cautérisation. Ces cautérisations répétées ne firent qu'augmenter le volume de la tumeur.

1. Travail communiqué à la Société française de laryngologie, mai 1901.

La malade vient alors me consulter vers la fin du mois de septembre 1899. A ce moment, je constate que la narine droite est complètement obstruée, et le nez présente extérieurement une déformation, un gonflement assez marqué. Au simple examen sans spéculum, on voit nettement la tumeur à l'orifice de la narine : elle est assez facile à limiter, elle est d'une consistance demi-molle, obstrue complètement la narine et n'est pas douloureuse au toucher ni spontanément. Elle ne présente aucune adhérence avec la cloison qu'elle touche cependant. A l'aide d'un stylet, on provoque l'hémorragie, surtout lorsque l'on presse sur la partie inférieure et externe de cette tumeur.

Je pratique ensuite la rhinoscopie postérieure pour voir si elle se prolonge en arrière dans le rhino-pharynx. Rien à ce niveau, le rhino-pharynx est sain.

La malade tenant à être débarrassée de cette tumeur sur-le-champ, j'insensibilise aussitôt avec une solution de chlorhydrate de cocaïne à 1/10 au moyen d'un peu d'ouate appliquée légèrement sur la grosseur afin d'éviter l'hémorragie. J'avais fait auparavant un lavage au sublimé à 1/2000. Avec l'anse galvanocaustique que j'introduis assez difficilement à cause du volume de la tumeur, je réussis à en enlever gros comme un haricot environ. Après la section, il se produit une hémorragie assez intense, qui est arrêtée rapidement cependant grâce à la compression. Je fais un pansement à la gaze iodoformée. La malade revient me voir deux jours après. Le pansement reste en place, je l'enlève avec beaucoup de précaution, sans que l'hémorragie se reproduise.

A la rhinoscopie antérieure, la tumeur paraît encore volumineuse, mais le spéculum est introduit plus facilement cette fois.

Je procède à un nouveau morcellement, et le morceau enlevé est encore plus gros que le premier, je me sers toujours de l'anse galvanocaustique. L'hémorragie est la même que la première fois, facilement enrayée encore cette fois par le tamponnement et grâce à des applications locales d'antipyrine.

Je revois la malade le lendemain, et, en retirant le pansement qui est un peu adhérent, j'enlève un troisième morceau de la tumeur ; ce dernier semble moins dur. La narine paraît libre, la malade respire mieux, mais l'épistaxis, qui se produit encore, empêche de se rendre compte.

Le 12 octobre, cinq ou six jours après la dernière intervention, on aperçoit une portion de la tumeur, qui me semble devoir être enlevée comme le reste.

J'insensibilise de nouveau la région avec la même solution de

cocaïne au 1/10, et avec l'anse chaude j'enlève un autre morceau. Cette fois, la malade respire tout à fait librement, ce qui me fait croire qu'il ne reste plus rien. Cette portion de la tumeur, qui, à l'examen dans la narine avec le stylet, me paraissait dure, l'était réellement, comme j'ai pu m'en rendre compte après l'ablation. L'épistaxis qui suit cette nouvelle intervention est encore assez abondante, mais elle est arrêtée facilement, comme les autres fois, par la compression locale et les applications de poudre d'antipyrine.

Je revois la malade le lendemain; elle a eu soin, avant de revenir me trouver, de se faire quelques lavages chauds dans la narine, de manière à la débarrasser des caillots qui l'obstruaient. Quand je la revois, elle manifeste un contentement extrême : la narine, effectivement, est complètement débarrassée et libre, la respiration est parfaite.

Par l'examen rhinoscopique, je peux alors me rendre compte du point d'implantation de la tumeur. Elle était pour ainsi dire greffée sur la moitié antérieure du cornet inférieur, elle ne faisait guère qu'un avec le cornet, ce qui a été vérifié par la suite. Le reste du cornet inférieur était sain, de même que tout le reste de la narine.

La surface où portait la section avec l'anse est alors légèrement cautérisée au galvano, et je conseille ensuite à la malade de faire quelques lavages boriqués chauds et d'introduire dans la narine, dans l'intervalle de ces lavages, de la pommade à la vaseline mentholée.

D'après ce que j'ai enlevé dans ces trois interventions, je crois pouvoir estimer le volume de la tumeur à celui d'une noix de grosseur moyenne.

La dernière intervention date du 2 novembre. A cette époque, il ne restait plus rien, la narine était entièrement libre, et la malade respirait même mieux que du côté opposé.

Je la revois le 24 novembre, je trouve un peu au-dessus de la précédente tumeur quelque chose de gros, paraissant rouge et très vasculaire. Cette grosseur est facile à déprimer avec un stylet et saigne facilement. Serait-ce un commencement de récidive? La narine cependant reste perméable au-dessus et au-dessous de cette saillie. Et, comme la malade respire bien, malgré cela, de ce côté, je lui conseille d'attendre quelques jours avant de recourir à une nouvelle intervention.

Notons comme antécédent héréditaire que la mère de la malade, atteinte de tumeur abdominale, mourut à l'âge de cinquante-cinq ans.

Sa grand'mère avait une tumeur du sein, qui fut opérée.

Elle a deux sœurs vivantes, dont l'une se porte mal et fut prise d'une violente hémorragie à la suite d'un accouchement difficile.

Notre malade, peu forte, a toujours présenté un teint terreux.

Avec ces antécédents, avec les symptômes que présentait cette femme, je croyais avoir affaire à une tumeur maligne du nez; l'examen histologique était nécessaire. En voici le résultat : il s'agirait d'une hypertrophie de la muqueuse du cornet; mais il n'y a pas là un tissu myxomateux net, comme dans l'hypertrophie classique simple. Il y avait beaucoup de vaisseaux capillaires entourés de cellules sarcomateuses, de sorte qu'on devait conclure à un sarcome vasculaire ou du moins à un sarcome très vascularisé.

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE DE LONDRES

Séance du 1er février 1901.

M. Cresswell Baber, président.

M. Donelan. — Un cas de polype du nez avec difformité marquée ***(A case of nasal polypi with marked deformity).***

Le malade, âgé de vingt-trois ans, était atteint depuis 1892 d'une obstruction progressive du nez qui devint complète en 1896 après avoir occasionné une hypertrophie considérable des os du nez et une difformité marquée telle qu'elle existe actuellement. A l'aide de l'anse, on enleva un grand nombre de polypes, mais ceux-ci récidivèrent peu à peu.

En décembre 1900, le malade se présenta à l'Hôpital italien, Queen Square, se plaignant d'une obstruction complète du nez et du naso-pharynx remplis de polypes.

Après avoir, dans une séance préliminaire, extirpé une partie des polypes, l'auteur enleva les cornets moyens et le reste des polypes, et finalement, le 9 janvier, pratiqua un curettage des cellules ethmoïdales. Cependant, craignant qu'une récidive n'eût lieu à courte échéance, M. Donelan

voudrait connaître l'opinion de ses collègues sur la conduite à tenir pour prévenir une repullulation des tumeurs.

M. LE PRÉSIDENT cite un cas où les polypes ont récidivé après une opération radicale. Il lui semble qu'avant de tenter une opération sur l'ethmoïde, on devrait s'assurer de l'état des grandes cavités accessoires.

M. HERBER TILLEY est de l'avis du Président que l'aspect intranasal offre souvent de fortes présomptions pour une affection sinusienne primitive.

M. WILLIAM HILL dit qu'il serait intéressant de connaître la cause de l'hypertrophie des deux maxillaires dont les apophyses nasales sont proéminentes et très saillantes. Si des polypes étaient réellement un signe de sinusite, on pourrait alors concevoir une affection qui, dans ces cas avancés, s'étendrait aux autres os du nez en dehors des ethmoïdes. Une hypertrophie considérable du *corps uneiforme*, hypertrophie aussi prononcée que celle qui existe dans ce cas, est un signe diagnostique d'une sinusite et plus particulièrement d'une sinusite antrale.

M. DUNDAS GRANT dit qu'il serait intéressant de connaître le degré de déformation que peut produire une tumeur bénigne. La déformation de la face est classée parmi les signes de malignité; dans le cas en discussion, la déformation existe fréquemment sans qu'il y ait quoi que ce soit de nature maligne.

M. FITZ-GERALD POWELL pense que l'affection n'est que l'exagération d'un état souvent observé, dû à la pression exercée par les polypes et accompagné d'ostéite raréfiante. Un curettage avec le couteau annelé est le meilleur moyen de traitement, et il donnera d'excellents résultats : la pression diminuera, les os malades seront enlevés et la suppuration des joues disparaîtra rapidement. On examinera naturellement avec soin les sinus maxillaires, qu'on drainera au besoin.

M. BRONNER dit qu'en province on rencontre souvent des cas avec des déformations très marquées. Ordinairement, elles finissent par disparaître au bout de un ou deux ans après l'ablation des polypes.

M. CRESSWELL BABER a observé des cas analogues; d'après lui, ils seraient dus à une dilatation par la pression exercée par la tumeur. Il n'a pas vu la déformation disparaître.

M. VINRACE désire savoir depuis combien de temps existe l'affection et à quelle cause, l'obstruction exceptée, M. Donelan attribue la déformation.

M. Saint-Clair Thomson partage l'opinion de M. Bronner. Depuis trois semaines, il donne ses soins à un malade atteint d'une déformation très accusée. Il a opéré une seule fosse nasale qu'il a presque complètement débarrassée de polypes, mais n'a pas touché à l'autre. L'état de la première s'est amélioré; celui de la seconde ne s'est pas modifié. Dans ce cas, le nez était si distendu qu'il existait une séparation entre les os du nez et les apophyses nasales des deux maxillaires supérieurs. La différence des deux côtés était remarquable déjà au bout de quelques jours.

M. Donelan dit que dès le début il pensait à une affection des sinus ethmoïdaux, et qu'après le premier curettage, cette hypothèse est devenue pour lui une certitude. L'autre gauche doit également être malade, mais il ne croit pas que les sinus frontaux le soient. La déformation est due, selon lui, à la pression exercée par les tumeurs. Le premier curettage remonte à quatre ans, cependant le malade affirme que depuis cette époque la déformation extérieure ne s'est nullement améliorée.

M. Donelan. — Cas de goitre exophtalmique avec terminaison fatale ***(Fatal case of exophtalmic goitre).***

Jeune Italienne de seize ans, admise à l'hôpital le 10 décembre 1900. Pas de goitreux dans la famille; pas d'histoire de maladies graves dans les antécédents de la patiente. La maladie actuelle a débuté en septembre 1899 par des symptômes de palpitations, d'oppressions et de dyspnée; ces symptômes, qui d'ailleurs n'avaient jamais occasionné de troubles graves, se sont amendés par le traitement. En septembre 1900, pendant une absence de son père, la malade fut récueillie par des parents; ceux-ci la maltraitèrent beaucoup, et une fois l'un d'eux la saisit par la gorge et faillit l'étrangler. Antérieurement à cela, elle n'avait pas constaté de tuméfaction au cou, mais depuis cette époque, la glande thyroïde devint grosse et, dès lors, la tumeur n'a cessé d'augmenter rapidement de volume.

Le 14 décembre 1900, la malade vint à la consultation de l'hôpital, se plaignant de symptômes ordinaires de goitre exophtalmique. La glande thyroïde était considérablement hypertrophiée; le cou mesurait 15 pouces; l'exophtalmie était modérée; le pouls battait 140 pulsations; il existait un souffle systolique à la pointe, et la lésion paraissait bien compensée.

On prescrivit du repos et une potion avec de la teinture de digitale et de belladone. L'état de la malade s'aggrava rapidement, et le 20 décembre elle fut admise à l'hôpital. Elle avait des tremblements de la tête, du cou et du pouce, des crampes violentes dans les membres et le corps, qui duraient de cinq à sept minutes, des vertiges avec tendance à tomber du côté gauche, des pulsations rétiniennes marquées et un commencement de névrite optique.

Le signe de Graef existait, mais celui de Stellwag manquait. Le nombre de pulsations augmenta graduellement de 140 à 160; le quatrième jour se déclarèrent des vomissements nerveux répétés; finalement la malade tomba dans un état comateux et mourut, au milieu de phénomènes d'insuffisance cardiaque, le sixième jour après son entrée à l'hôpital.

Le traitement consistait en belladone et digitale, et il n'a été supprimé que lorsque les vomissements furent devenus persistants. Le citrate de potassium, recommandé par Boschfeld, n'a pu en venir à bout; on administrait des lavements alimentaires et on appliquait de la glace sur la tête.

Extrait du procès-verbal de l'autopsie pratiquée par le Dr Pereira :

« Cerveau fortement congestionné. Cervelet très gros et hyperémié. Glande pinéale hypertrophiée. Des coupes de ces organes et de la moelle n'y ont révélé aucune lésion. Le sympathique cervical était atrophié; le thoracique, normal. La glande thyroïde était très hypertrophiée. La trachée, très comprimée quoique il n'y ait pas eu de dyspnée. Quelques petits kystes dans le thyroïde. Persistance et hypertrophie du thymus. Estomac atrophié. Utérus infantile et insuffisamment développé. »

M. Donelan ne croit pas que l'affection soit due à la frayeur occasionnée par l'attaque, quoiqu'elle ait dû en accélérer les symptômes. Déjà, un an auparavant, il existait des signes évidents indiquant le début de cette affection qui, définitivement établie, porte le nom de goitre exophtalmique. Laissant de côté les diverses théories émises au sujet de ce syndrome, l'auteur désire attirer l'attention sur une particularité pathologique importante, et notamment sur la persistance et l'hyper-

trophie du thymus. La persistance du thymus a été signalée dans tous les cas mortels, où elle avait été soigneusement recherchée; l'hypertrophie a été également observée. Sans vouloir ajouter une nouvelle théorie à tant d'autres, M. Donelan pense néanmoins que la pathogénie de l'affection devrait être recherchée dans la première période de la vie. La glande thymique est un organe fœtal qui disparaît normalement *pari passum* parallèlement au développement de la glande thyroïde. La persistance est une preuve d'un état anormal survenu chez l'enfant, sinon chez le fœtus, pendant la vie intra-utérine. Il serait intéressant de savoir si, dans les cas où le thymus viendrait à ne pas subir son atrophie normale, cet organe réagit sur la glande thyroïde et le système nerveux par l'intermédiaire du sang de façon à produire ultérieurement le complexus symptomatique bien connu.

M. Felix Semon dit que c'est pour lui tout nouveau d'apprendre que dans des cas de goitre exophtalmique on trouve presque toujours une hypertrophie du thymus. Il prie M. Donelan de fournir de plus amples informations sur ce point intéressant.

M. Donelan répond qu'une étude attentive de la littérature de la question, à laquelle il s'était récemment livré, lui permet d'affirmer que la persistance du thymus est mentionnée dans la majorité des cas. Plusieurs auteurs, dont Asler, disent qu'on peut retrouver cette glande dans *tous* les cas pourvu qu'on la cherche avec soin. Jusqu'à présent on n'a point décrit d'altérations pathologiques dont la glande serait le siège. Il pense que l'hypertrophie du thymus associée à l'hypertrophie ultérieure de la thyroïde est un fait important qui mérite d'être noté pour des investigations ultérieures. Dans son cas, le thymus était démesurément gros.

M. Bronner. — Tréphine coupante pour l'opération d'éperons et de déviations de la cloison nasale *(Cutting trephine for operating on spurs and deviations of the nasal septum).*

Cette tréphine est employée conjointement avec le spéculum nasal de Spiesz. La courte lame du spéculum est placée en avant de l'éperon, la longue sur le cornet inférieur. La tréphine est actionnée par un électro-moteur. L'opération peut

être pratiquée à la cocaïne ou à l'eucaïne et est pratiquement indolore. La lumière de la tréphine est à peu près la même que celle des canules à intubation du plus gros calibre. MM. Dawn et Cº fabriquent cet instrument.

M. le PRÉSIDENT pense que la tréphine de M. Bronner est le meilleur modèle de ce genre d'instruments, surtout si on l'emploie avec le spéculum de Spiesz. Personnellement, il préfère une scie droite et non pas angulaire, parce que cette dernière se ferme facilement. Après une anesthésie locale, il marque au galvano une ligne où passera la scie. Cette façon de faire réduit considérablement les chances d'une hémorragie, surtout si l'on emploie une solution d'extrait de capsule surrénale. Théoriquement, une tréphine circulaire n'est pas, selon lui, le meilleur instrument pour enlever un éperon d'une surface plane telle que le septum, bien qu'en pratique elle puisse être parfaite.

M. SAINT-CLAIR THOMSON désire avoir l'opinion de ceux de ses collègues qui se servent indifféremment de la tréphine et de la scie. Lui-même n'a pas une grande expérience de cet instrument, mais il a entendu se plaindre de ses *jambages* et de ses brusques arrêts.

M. WILLIAM HILL se servait de la tréphine nasale avec ou sans bords dentelés; à son grand regret, l'instrument ne lui a jamais donné une surface réellement unie, même après avoir enlevé plusieurs morceaux. A présent, il se sert de la scie, mais souvent il sent que s'il avait sous la main un moteur tout prêt, il emploierait volontiers la tréphine, qui est beaucoup plus expéditive et moins douloureuse que la scie.

M. HERBERT TILLEY montre avec quelle efficacité se laissent enlever les éperons de la cloison si l'on pratique d'abord une rainure profonde au moyen d'une scie intra-nasale et qu'on applique ensuite le couteau à deux lames en arrière de la rainure.

Cette méthode peut être utilisée aussi bien pour des éperons osseux que cartilagineux, mais dans le premier cas une rainure profonde doit être faite à la scie.

M. BRONNER répond que la tréphine ne laisse pas de jambages aussi forts que la scie, à condition qu'on emploie un moteur suffisamment puissant, et n'occasionne aucune douleur avec la cocaïne ou l'eucaïne. Dans le traitement d'une déviation de la cloison, il est souvent nécessaire d'appliquer la tréphine deux fois, afin d'enlever un morceau de cartilage suffisamment gros, car dans ces cas ce dernier est généralement très épais.

M. Felix Semon. — **Lacunes symétriques congénitales des deux piliers antérieurs, avec absence complète d'amygdales** *(Congenital symmetrical gaps in both anterior pillars of the fauces with complete absence of tonsils).*

Il s'agit d'une fillette de onze ans amenée à l'auteur pour la première fois le 28 septembre 1881, pour un catarrhe naso-pharyngien. La malade descendait d'une famille de tuberculeux et avait elle-même un facies très strumeux.

A l'examen, on trouva deux larges ouvertures ovoïdes qui s'étendaient sur presque toute la longueur des piliers antérieurs. Elles étaient parfaitement symétriques et leurs bords très mous. Nulle part dans la gorge on ne trouvait de trace de cicatrices. Un stylet introduit dans chacune de ces lacunes entrait dans une niche réservée aux amygdales, mais il n'y avait, dans ces réceptacles, pas la moindre tracé de tissu amygdalien. La mère et l'enfant ignoraient absolument l'existence de cette anomalie.

Les raisons qui, aux yeux de l'auteur, militent en faveur d'un arrêt de développement congénital, ne sont pas seulement la symétrie absolue des lacunes, l'absence de cicatrices ainsi que l'histoire de l'affection ulcéreuse, mais c'est surtout l'absence complète des amygdales.

En consultant la bibliographie de la question, M. Semon a trouvé une absence semblable des amygdales relatée dans 3 cas sur environ 20 de ce genre résumés dans l'*Internationales Centralblatt für Laryngologie* depuis 1884.

Ce fait lui paraît très frappant et le confirme encore davantage dans l'opinion que ces lacunes doivent être considérées comme le résultat d'un arrêt de développement, opinion partagée d'ailleurs par la plupart des auteurs ayant observé des cas analogues. Il est possible qu'elles représentent les orifices internes d'arcs branchiaux incomplets, possibilité admise par Chiari dans sa relation d'un cas de cette nature (*Monats. f. Ohrenheilk.*, août 1884), quoique, selon le même auteur, on ne puisse fournir une explication tout à fait satisfaisante de cette anomalie.

M. Saint-Clair Thomson dit qu'en appelant le cas « congénital », M. F. Semon a anticipé sur la solution de la question. Pour

M. Thomson, c'est un point douteux, et aussi longtemps que cette anomalie n'aura pas été observée dans la première enfance, la question demeurera ouverte. Jusqu'à présent, il ignorait que l'absence des amygdales fût caractéristique de cet état; il a brièvement relaté les particularités de lacunes symétriques chez une femme dont les amygdales existent encore. Depuis la dernière séance, il en a observé deux cas : un bilatéral et symétrique avec de légères cicatrices sur le pharynx, mais sans histoire d'ulcérations antérieures. L'autre cas concerne un médecin qui consent à se montrer à la Société; il a une lacune, mais d'un côté seulement; et celle-ci existait chez lui depuis aussi longtemps qu'il pouvait se rappeler. Il n'a jamais eu la fièvre scarlatine ni la syphilis.

(A suivre.) TRIVAS.

REVUE GÉNÉRALE ET ANALYSES

BOUCHE ET PHARYNX BUCCAL

Poche pharyngée enlevée par une opération *(Pharyngeal pouch removed by operation)*, par les Drs T. R. H. BUCKNALL et R. J. GODLEE.

Le malade, âgé de trente et un ans, avait une tumeur sur le côté gauche du cou, au niveau de l'os hyoïde. Cette tumeur ressemblait à un ganglion tuméfié. Quand on la comprimait, elle diminuait de volume, et il se produisait un bruit aigu. Douze ans auparavant, il avait reçu en cet endroit un coup assez violent. Deux ans plus tard, il commença à s'apercevoir de temps à autre que quelque chose remuait au cou pendant qu'il avalait; pendant les trois dernières années, il était sujet à des attaques aiguës d'une durée d'une quinzaine de jours et qui étaient caractérisées par l'apparition d'une masse volumineuse, accompagnée d'une déglutition douloureuse. Cette masse, qui augmentait progressivement de volume, dépasse actuellement la surface du cou, sur une étendue d'un pouce et demi. La poche fut enlevée le 2 janvier 1901. Elle avait un pédicule étroit qui traversait la membrane thyro-hyoïdienne, mais on ne put constater de communication avec le pharynx. La plaie a guéri parfaitement. (*British med. Journ.*, 18 mai 1901.)

Dr JANKÉLÉVITCH.

NEZ ET PHARYNX NASAL

Du traitement des épistaxis dans les limites des moyens à la disposition du praticien général *(Die Behandlung der Nasenblutungen innerhall der Grenzen der allgemein ärztlichen Praxis)*, par le Dr Karl KOMPE.

L'épistaxis n'est pas une maladie, mais un symptôme. Il ne faut donc pas se contenter de l'examen de la cavité nasale, il faut s'appliquer aussi à chercher la cause qui peut résider dans une affection, soit locale, soit générale. Mais avant que la cause soit découverte, il faut chercher à arrêter l'hémorragie. Lorsque celle-ci ne s'arrête pas spontanément à la suite de la compression extérieure des ailes du nez, on se rendra compte, par l'examen rhinoscopique, du siège de l'hémorragie, et le malade étant assis, la tête droite et un peu inclinée en arrière, on comprimera le point hémorragique à l'aide d'un tampon d'ouate enroulée autour d'un porte-tampon. Si ce moyen ne réussit pas, on touchera le point avec un cristal d'acide chromique fixé sur le tampon d'ouate. Dans les hémorragies plus graves et dont le point de départ ne peut être déterminé, on aura recours au tamponnement à l'aide d'un tampon d'ouate de l'épaisseur du petit doigt qu'on introduira prudemment dans la fosse nasale, en le tournant autour de son axe longitudinal. En exerçant un contrôle régulier et quotidien, on peut laisser le tampon en place jusqu'à ce que, imbibé de la sécrétion nasale, il tombe tout seul. Lorsque le tamponnement est impossible ou ne donne pas le résultat désiré, on injectera dans la fosse nasale, à l'aide d'une seringue nasale ou d'une simple cuiller à café, une solution tiède de gélatine à 10 o/o.

Les épistaxis sont rares chez les nourrissons et dans la première enfance; elles se rencontrent le plus souvent à l'âge où la scrofulose fait ordinairement son apparition. Au point de vue de l'épistaxis, l'auteur s'en tient à l'ancienne division de la scrofulose torpide et éréthile. Les enfants atteints de cette dernière variété de scrofulose (peau fine et blanche, aspect fragile, tempérament vif, caractère habituellement gai) saignent du nez plus souvent et plus abondamment. On trouve sur la muqueuse une ou plusieurs ulcérations couvertes d'un dépôt gris et qui tranchent sur la coloration brillante du reste

de la muqueuse. Dans la scrofulose torpide (enfants ayant une tête volumineuse, des traits grossiers, un tempérament lymphatique, une couche adipeuse épaisse), il existe le plus souvent une rhinite chronique, plus ou moins prononcée, avec formation de croûtes et sécrétion purulente. Dans ces cas, les hémorragies, jamais abondantes, sont dues le plus souvent aux manœuvres exercées avec le doigt. Le traitement diffère selon la variété à laquelle on a affaire. Dans la première catégorie, on aura recours tout d'abord aux cautérisations avec le crayon de nitrate d'argent; chez les enfants du deuxième groupe, on ramollira les croûtes à l'aide d'injections abondantes d'huile; on pratiquera, au besoin, deux fois par semaine, un tamponnement provisoire avec des tampons d'ouate trempés dans le baume du Pérou; on traitera enfin la rhinite chronique par les moyens habituels et on prescrira un traitement antiscrofuleux.

Dans la syphilis congénitale ou acquise, le tamponnement provisoire, aidé du traitement antisyphilitique, amènera l'arrêt des hémorragies et en préviendra les récidives. Les hémorragies quelquefois graves qui se produisent dans la diphtérie nasale nécessitent un tamponnement fait avec prudence et à l'aide d'ouate antiseptique. Le coryza ne provoque que des épistaxis sans gravité qui s'arrêtent à la suite de la compression externe des ailes du nez. Les épistaxis provoquées par la présence de polypes ou de corps étrangers nécessitent l'ablation des premiers et l'extraction des derniers, après application d'une solution de cocaïne à 20 o/o ayant pour but d'amener un dégonflement de la muqueuse.

Dans les traumatismes du nez, dans la fracture des os propres du nez, en particulier, on arrêtera l'hémorragie à l'aide du tamponnement et d'application de glace. Dans les hémorragies quelquefois assez graves (surtout chez les hémophiliques) consécutives aux interventions chirurgicales, le tamponnement se montre souvent impuissant; on pratiquera des injections de gélatine, on appliquera le galvanocautère, on touchera avec une solution à 30 o/o d'acide trichloracétique.

Les causes générales qui créent une prédisposition locale provoquent le plus souvent des hémorragies fréquentes et abondantes qui nécessitent le tamponnement. Les épistaxis

survenant pendant la puberté disparaissent à la suite d'un traitement général et d'un régime approprié. Le tamponnement et le traitement général amèneront également la disparition des épistaxis qu'on observe dans l'artério-sclérose. (*Sammlung Zwangl. Abhandl., etc.*, publié par Bresgen, V, 2, 1901, et *Deuts. med. Zeit.*, n° 65, 1901.) Dr JANKELEVITCH.

LARYNX ET TRACHÉE

Des injections intra-veineuses d'hétol dans la tuberculose pulmonaire et laryngée *(Bericht uber die in der Poliklinik während der Zeit von 18 Dezember 1899 bis 10 April 1901 mit intravenoser Injektion von Hetol behandelten Lungen und Larynxtuberculosen)*, par le Dr H. GUTTMANN.

Tous les auteurs qui ont eu l'occasion d'appliquer le procédé d'injection intra-veineuse d'hétol (procédé de Landerer) ont observé les résultats suivants :

1° Une amélioration subjective de l'état des malades se produisait déjà à la suite des premières injections;

2° L'expectoration devenait moins abondante, la toux moins intense;

3° Les transpirations nocturnes devenaient moins abondantes et même disparaissaient en partie;

4° L'appétit s'améliorait d'une façon considérable; le poids du corps augmentait en conséquence;

5° L'injection de doses trop fortes provoquait des hémoptysies;

6° Aucun accident désagréable n'a jamais été observé avec des doses moyennes;

7° Le traitement en question peut être employé chez des malades des policliniques sans fièvre, sans hémoptysies ni troubles digestifs et dont l'état général est encore satisfaisant.

L'auteur a pratiqué et vu pratiquer des injections intraveineuses d'hétol chez un assez grand nombre de malades, qu'il divise en deux catégories. La première catégorie comprend 28 malades, qui se trouvaient dans un état que Landerer lui-même considère comme peu favorable pour l'application de son procédé. La durée du traitement s'étend de la fin du mois de décembre 1899 jusqu'au milieu du mois d'août 1900.

Chez les malades de la deuxième catégorie, le traitement a été commencé en octobre 1900 et dure encore. Les patients des deux catégories avaient pour la plupart des complications laryngées. Les injections ont été pratiquées avec toutes les précautions recommandées par Landerer : la solution à 1 o/o gardée dans un flacon de couleur devait être parfaitement claire et présenter une réaction neutre ou faiblement alcaline. Avant de s'en servir, on la soumettait pendant cinq minutes à la stérilisation dans l'eau bouillante. On se servait d'une seringue de Pravaz stérilisée, à piston démontable; les canules sont aussi pointues que possible, de façon à épargner aux malades toute douleur. Seringue et canule trempaient toujours dans l'alcool absolu, étaient soumises avant l'usage à l'ébullition et nettoyées avec une solution stérilisée de chlorure de sodium à 0,7 o/o. Avant de pratiquer l'injection, on serrait l'avant-bras, au-dessus du coude, avec une bande de caoutchouc; on lavait la région de la veine céphalique avec de l'éther et une solution de sublimé à 1/1000. Après avoir expulsé les bulles d'air de la seringue, on piquait la veine céphalique. La dose de début était d'une demi-division de la seringue = un demi-milligramme d'hétol. Après l'injection, on appliquait sur la petite plaie un tampon d'ouate stérilisée, et on appliquait un pansement qu'on enlevait au bout de quatre heures. Selon l'état des malades, on augmentait la dose à injecter d'une demi-division, jusqu'au maximum de huit divisions. Les injections étaient pratiquées trois fois par semaine, alternativement sur l'avant-bras gauche et droit. La néphrite chronique et le diabète étaient considérés comme des contre-indications au traitement.

Sur les 33 cas traités de cette façon, 1 a guéri, 10 sont améliorés, 8 sont morts, 5 se sont soustraits au traitement; dans 9 le résultat a été nul. L'auteur considère l'hétol comme un moyen précieux dans le traitement de la tuberculose pulmonaire et laryngée, mais ne croit pas que ce soit là un moyen spécifique, c'est-à-dire un moyen antitoxique direct et bactéricide; son action consiste plutôt à aider l'organisme dans sa lutte contre les microbes, à prolonger la vie des malades; dans quelques cas, à les guérir complètement; dan

tres cas plus graves à hâter la cicatrisation locale. Il faudra avec prudence dans le dosage de ce médicament et tenir pte de l'état de chaque malade. Les doses fortes paraissent iles. Le résultat du traitement dépend non seulement du é d'extension du processus tuberculeux, mais aussi et sur- du milieu hygiénique dans lequel le malade se trouve placé. teur termine en recommandant spécialement ce procédé dans berculose au début. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 27, 1900, *euts. med. Zeits.*, n° 68, 1901.) Dr JANKELEVITCH.

OREILLES

n traitement de l'otite moyenne aiguë par les insuffla- s d'air, par le Dr A. COURTADE.

après l'auteur, il existe un moyen sédatif et curatif de e moyenne aiguë, quand on peut l'appliquer dès le début affection et dans les cas de moyenne intensité : c'est l'in- ation d'air.

en souvent, surtout chez les enfants, une seule insuffla- suffit pour calmer les douleurs et faire rétrogresser le essus inflammatoire.

auteur rapporte trois observations et termine en expli- it comment il comprend l'évolution de l'otite et le méca- ie de l'action de la douche d'air. (*Ann. des mal. de ille*, mai 1901.) Dr G. DUPOND.

VARIA

e l'action de l'acide trichloracétique *(Der Kenntniss der :ung der Trichloressigidure)*, par le Dr H. SCHWABE.

auteur arrive à cette conclusion que l'action de l'acide loracétique, si souvent employé dans notre spécialité, est : superficielle et est presque toujours limitée à la couche héliale, sans jamais entamer la muqueuse proprement dite. icide ne peut donc pas remplacer le galvanocautère, si l'on obtenir une réduction plus ou moins considérable des rtrophies soit des cornets, soit des amygdales. (*Zeits. f. enheilk.*, XXVIII, 3.) Dr JANKELEVITCH.

Bordeaux. — Impr. G. GOUNOUILHOU, rue Guiraude, 11.

22e ANNÉE. N° 41. 12 OCTOBRE 1901.

REVUE HEBDOMADAIRE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

UN CAS DE MASTOÏDITE DE BEZOLD
AVEC THROMBO-PHLÉBITE SUPPURÉE DU SINUS LATÉRAL[1]

Par le Dr P. JACQUES, agrégé,
Chargé du cours d'oto-rhino-laryngologie à l'Université de Nancy.

« La question de la septico-pyémie otique est une question neuve, » disait le Dr Laurens au début d'un remarquable rapport présenté l'an dernier à pareille époque devant notre Société; et il ajoutait : « Pour arriver à terme, quelques points encore peu précis devront être approfondis : le mécanisme et les agents de l'infection, par exemple, la pathogénie de certaines formes cliniques de pyémie atténuée et surtout la sanction thérapeutique qu'il convient de donner à l'infection purulente d'origine otique. » Je ne puis que m'associer pleinement à cette assertion, et, pour apporter ma pierre à l'édifice encore inachevé, je crois bien faire en vous soumettant la présente observation.

OBSERVATION. — *Otorrhée compliquée récidivée après opération de Stake. Nouvel évidement pétro-mastoïdien. Mastoïdite de Bezold avec thrombo-sinusite latérale suppurée. Ouverture et drainage du sinus; ligature de la jugulaire. Mort, après cinq semaines, d'infection tétanique intercurrente.*

M. Per..., à Champ-le-Duc (Vosges), trente-cinq ans, otorrhéique

1. Travail communiqué à la Société française de laryngologie, mai 1901.

et sourd à gauche depuis l'enfance, aurait subi, il y a six ans, l'opération de Stake. Malgré cette intervention, l'oreille ne tarit jamais complètement; toutefois l'écoulement, généralement peu abondant, semblait de temps à autre se suspendre.

Le *2 janvier 1901,* je suis appelé par mon élève et ami le Dr Schmitt, de Bruyères, pour examiner et, au besoin, opérer d'urgence le malade, qu'il traite vainement depuis trois jours pour des accidents otiques aigus d'un caractère sérieux. Le patient, depuis quelque temps, souffre beaucoup de la tête du côté autrefois opéré. La température oscille entre 38° et 39°5; le pouls se maintient constamment aux environs de 100; pas de frissons. L'écoulement, assez abondant depuis quelques semaines et fétide, a notablement diminué en dernier lieu. Des lavages réitérés, des enveloppements antiseptiques chauds, des sangsues ont échoué malgré l'adjuvance d'un traitement général énergique.

A mon arrivée, je trouve le malade amaigri, les traits tirés, fatigué de souffrir et réclamant une intervention qui mette un terme aux douleurs intolérables qu'il éprouve. Le teint du visage est pourtant relativement bon, les forces peu diminuées, encore que le patient n'ait pas quitté le lit depuis plusieurs jours. Les pupilles égales réagissent normalement : aucun indice appréciable d'irritation méningo-encéphalique. Les douleurs, continues avec exacerbations, occupent la profondeur de l'oreille et s'irradient en avant du tragus, comme au-dessous du méat et en arrière du pavillon. La conque est souillée d'une petite quantité de pus desséché et odorant. La région mastoïdienne, non particulièrement douloureuse spontanément, insensible à la pression et à la percussion, est recouverte de téguments sains, sans rougeur ni œdème; le pavillon n'est pas décollé. Un coup d'œil jeté dans le conduit fait reconnaître qu'il se termine à 1 centimètre environ du méat en un entonnoir étroit que ne peut franchir le plus fin des spéculums. L'extrémité de la sonde cannelée s'engage seule dans le trajet qui lui fait suite, non sans provoquer de vives souffrances avec un peu d'hémorragie. Un lavage fait avec une fine canule ne parvient à ramener que quelques traces de pus mélangé de nombreux détritus épithéliaux.

Pour déterminer la cause de l'atrésie et lever l'obstacle qui s'oppose à l'écoulement des sécrétions, le décollement du pavillon est jugé indispensable et immédiatement pratiqué avec l'obligeante assistance des Drs Schmitt et Lejour, ainsi que de M. le Dr Ménessier, médecin-major de l'armée.

Opération. — Le *3 janvier,* à deux heures du soir, sous la narcose chloroformique, le pavillon est désinséré par une incision

curviligne suivant le sillon et rabattu en avant avec le conduit membraneux décollé. L'apophyse, le périoste écarté, apparaît saine avec une encoche antéro-supérieure à bords lisses, arrondis, trace de l'ancienne opération. En avant, on découvre le conduit osseux dont la presque totalité est comblée par des productions osseuses éburnées, irrégulières de surface, issues de la brèche opératoire ancienne avec la paroi temporo-maxillaire. Un étroit pertuis, voisin du toit du conduit et obstrué par des bourgeons fongueux, permet seul au stylet l'accès de la caisse, manœuvre qui a pour effet de faire sourdre quelques gouttes de pus odorant.

Dans cette masse osseuse d'une dureté pierreuse, la gouge a peine à creuser un nouveau conduit, et ce n'est qu'après un évidement de plus de 1 centimètre de profondeur qu'elle pénètre enfin dans une cavité. A peine une étroite brèche est-elle créée qu'il s'en échappe à grosses gouttes du pus crémeux, renaissant à mesure qu'on l'étanche, comme sous l'influence d'une forte pression intérieure.

La cavité ouverte en premier lieu n'est autre que l'antre élargi et projeté en dehors : il est farci de débris cholestéatomateux et caséeux extrêmement fétides, dont on le débarrasse après l'avoir largement mis à jour. Puis, la lame osseuse mince et friable, reliquat de la paroi postérieure du conduit, qui le sépare de la caisse, est détruite à la gouge. La cavité tympanique et son annexe pétreuse dûment nettoyées, le facial apparaît à nu dans son canal sur une longueur de 5 millimètres environ au niveau de son coude. Chemin faisant, plusieurs cellules mastoïdiennes antérieures ont été ouvertes par la gouge : leur muqueuse turgescente faisait hernie par la brèche, mais d'aucune ne suinta la moindre goutte de pus. L'antisepsie et l'hémostase de la cavité opératoire assurées par un attouchement des parois au chlorure de zinc au 1/10 et un tamponnement iodoformé, on remédie à la sténose des parties molles par une large résection postérieure du conduit membraneux dans toute l'étendue correspondante à l'évidement mastoïdien. Une mèche, modérément serrée, introduite par le méat auditif maintient les parties en contact, et par quatre crins de Florence sont immédiatement réunies les deux lèvres de la plaie rétro-auriculaire.

Suites opératoires immédiates simples. Disparition complète et définitive des douleurs de tête : désormais, le malade n'accusera plus aucune céphalalgie.

Pourtant, la température n'est pas redevenue normale; jusqu'au premier pansement, elle oscille le soir entre 38° et 39°. Le pouls reste à 100. Aucun indice de paralysie faciale.

9 janvier. — Le malade est revu le sixième jour pour le premier pansement. Il dit avoir été beaucoup éprouvé par le chloroforme. Depuis deux jours, toutefois, il serait bien mieux et aurait repris appétit. Le pansement est levé : la gaze est imprégnée de sérosités sanguinolentes, avec, par places, un léger enduit purulent. La cavité opératoire a bon aspect et commence à bourgeonner. On la touche à l'alcool boriqué et on renouvelle le tamponnement iodoformé. Les fils sont enlevés; l'incision cutanée est réunie, mais il existe une légère chute du pavillon.

Le *10,* la température vespérale tombe à 36° 8. Elle remonte le lendemain à 38° 7; le pouls est à 100.

12 janvier. — Deuxième pansement; la gaze est modérément imbibée de pus. La cavité opératoire a bon aspect; mais, en arrière du pavillon, les téguments mastoïdiens offrent dans leur ensemble un certain degré de rougeur et de tuméfaction. Aucune douleur spontanée; sensibilité légère à la pression dans toute la région rétro-auriculaire. L'état général est relativement satisfaisant; pourtant le malade ne « reprend » pas.

15 janvier. — Troisième pansement. Paralysie faciale complète du côté opéré : les pièces de pansement sont inondées d'un pus gris verdâtre et fétide qui vient d'en arrière et d'en bas. La caisse et l'antre évidés se comportent normalement et se réparent régulièrement. En revanche, les téguments rétro-auriculaires ont pris une teinte phlegmoneuse, et une pression exercée de bas en haut et d'arrière en avant amène au méat un flot purulent qui se fait jour entre le conduit membraneux décollé et la face externe de l'apophyse. La température vespérale continue à osciller entre 38° et 38° 5; l'appétit reste bon, mais l'amaigrissement s'accuse et le facies est fatigué, le teint un peu terreux. Les enveloppements humides sont substitués aux pansements secs, et le malade hospitalisé à Nancy pourra être régulièrement suivi.

17 janvier. — Sous l'influence de larges irrigations et de pansements antiseptiques chauds, fréquemment renouvelés, la température s'abaisse régulièrement et le pouls reprend sa fréquence normale. La sécrétion purulente, toutefois, demeure abondante bien qu'à un inégal degré. La paralysie faciale commence à rétrocéder.

21 janvier. — La sécrétion semble diminuer. La pression sous et rétro-apophysaire ramène toujours du pus odorant et grisâtre. Incision sur la sonde cannelée introduite par l'oreille d'un décollement sous-cutané correspondant à la pointe de la mastoïde. L'appétit est bon; l'œil gauche se ferme maintenant presque entièrement. Néanmoins, l'état général décline visiblement; le visage est terreux,

plombé parfois; la température est un peu irrégulière; le pouls demeure fréquent (100). Le patient, lui, se trouve bien et, malgré des questions réitérées, n'accuse aucune douleur de tête.

Il n'existe, d'ailleurs, nul signe d'irritation méningo-encéphalique. L'examen de l'œil, tant au point de vue de la vision que des phénomènes pupillaires, se montre négatif. Tendance à la constipation; plusieurs lavements sont prescrits qui, généralement, amènent une certaine baisse de la température.

22 janvier. — Depuis hier, le malade se plaint de douleurs vagues, mais assez vives, dans le mollet. Pas de rougeur visible ni de sensibilité marquée à la pression. Le soir, la température s'élève à 39° 2.

23 janvier. — Température normale, douleurs dans le genou et le cou-de-pied gauches. Pas de toux. Reprise de l'écoulement purulent diminué hier. Le malade garde le lit; facies infecté; indolence et souplesse normales de la région carotido-jugulaire. Pas d'œdème de la face ni d'exophtalmie. L'examen des urines les montre exemptes de sucre et d'albumine.

24 janvier. — Après une journée calme survient brusquement, pendant le repas du soir, un violent frisson avec claquements de dents, tremblement de tout le corps.

25 janvier. — Nouvelle accalmie. Sulfate de quinine matin et soir. Apyrexie. La jambe n'est plus douloureuse, l'écoulement est devenu insignifiant par le drain et par l'oreille. Alimentation insuffisante. État général mauvais; teint de plus en plus plombé; yeux caves et brillants. Pupilles égales et normalement réagissantes; pas de douleurs : rougeur à peine marquée des téguments rétro-auriculaires. Aucun signe d'irritation dans le domaine des nerfs du trou déchiré postérieur.

Depuis plusieurs jours, à l'hypothèse de phlegmon des parties molles mastoïdiennes s'est substitué le diagnostic presque assuré de mastoïdite de Bezold, malgré la faible tuméfaction de la région sous-mastoïdienne de la nuque et l'absence complète de phénomènes douloureux spontanés ou provoqués du côté de l'apophyse. Aujourd'hui l'infection générale, annoncée depuis quelque temps par la cachexie progressive, le facies terreux et récemment confirmée par les accidents de métastase du côté de la jambe ainsi que par le caractère oscillant de la température aboutissant à un grand frisson, met en cause l'infection du sinus latéral par un foyer de suppuration mastoïdien insuffisamment drainé. Pourtant, l'auscultation ne dénote rien d'anormal au poumon et le patient n'accuse aucune céphalalgie. Peut-être ne s'agit-il que d'une résorption

septique dans un abcès à évacuation difficile. Urines non modifiées comme quantité.

26 janvier. — Température normale le matin, frissons et sueurs dans la journée. Altération progressive. Toute sécrétion tarie du côté de la plaie opératoire. Vomissements alimentaires. Ni douleur, ni rougeurs, ni induration, ni adénopathie sur le trajet de la jugulaire interne. Dilatation marquée des veines frontales. La déglutition n'est pas gênée; l'intelligence est nette.

Devant les progrès rapides de la septicémie, une intervention exploratrice sur le sinus, précédée d'une large ouverture du foyer suppuré de l'apophyse, est décidée. Je l'exécute le lendemain en présence et avec le concours du Dr Schmitt prévenu.

Opération le 27 à neuf heures du matin. — Le malade, en plein accès fébrile, incapable de se tenir debout et baigné de sueurs profuses, est endormi au chloroforme. Pouls à 160, petit et régulier, qui devient bientôt incomptable. Inégalité légère des pupilles, la gauche plus dilatée. L'incision rétro-auriculaire est rouverte en majeure partie et prolongée en bas de 3 centimètres environ. Une seconde incision, horizontalement dirigée en arrière et longue de 4 centimètres, part de l'extrémité inférieure de la précédente avec laquelle elle limite un lambeau triangulaire encadrant la pointe de l'apophyse. Décollement du périoste et désinsertion du sterno-mastoïdien. L'os apparaît sain à la surface, mais très fortement congestionné; des veinules dilatées, perforant la corticale, donnent avec une abondance gênante. L'extrême pointe de l'apophyse apparaît au milieu des insertions sterno-mastoïdiennes comme un bord tranchant, mais non dénudé. Le sommet de la pyramide réséqué, on rencontre l'insertion du digastrique dans sa rainure; pas de pus. On attaque alors à la gouge le corps de l'apophyse, qui saigne copieusement, encore que fortement éburné. Enfin, à une profondeur de 15 millimètres environ de la surface de l'os, entre la rainure digastrique et le plancher du conduit, l'instrument pénètre dans une cavité anfractueuse à bords dentelés et tranchants, perforant la face profonde de l'apophyse, en avant et au-dessous du trou stylo-mastoïdien. Cette caverne ne renferme pas de pus, mais d'abondantes fongosités violacées, noirâtres. Je l'évide avec précaution et ne tarde pas à rencontrer le sinus latéral dont la paroi externe, à nu dans une faible étendue de son bord antérieur, au voisinage du dernier coude, est néanmoins dissimulée par des productions fongueuses. Le vaisseau est alors décortiqué avec précaution en allant de bas en haut sur une longueur de 3 à 4 centimètres. La tunique durale, qui le limite du côté de l'os, est rose vif, ni violacée ni jau-

nâtre. Le vaisseau ne présente aucun battement, mais se laisse facilement déprimer et revient immédiatement sur lui-même. Une ponction aspiratrice de Pravaz, pratiquée au niveau du coude, ne ramène rien; l'aiguille pénètre difficilement. Seconde ponction, 1 centimètre plus haut, également négative.

J'incise alors avec précaution le vaisseau suivant son axe sur une étendue de 20 millimètres à peu près. La paroi vasculaire, doublée d'une assise fibrineuse de un ou deux millimètres d'épaisseur, se laisse diviser malaisément; mais à peine est-elle traversée, qu'on voit sourdre des profondeurs du vaisseau, au milieu du sang accumulé dans cette région déclive de la tranchée creusée dans l'apophyse, de larges gouttes de pus jaune vif qu'on étanche et qui reparaissent plus abondantes quand, du plat du bistouri, je récline en arrière la lèvre postérieure de la plaie veineuse dans sa partie inférieure. Un stylet introduit avec précaution fait reconnaître en effet que c'est dans la dernière portion du sinus sigmoïde, étendu entre l'abouchement ordinaire de la veine mastoïdienne (qui n'a pas été rencontrée ici) et le trou déchiré, que règne l'abcès veineux.

Le foyer purulent est évacué aussi complètement que possible de la sanie et des caillots ramollis au moyen d'une fine curette maniée avec prudence, et bientôt un filet de sang rouge sombre montre que les limites sont atteintes de la région thrombosée : elle correspond respectivement au golfe jugulaire en bas et en haut, à mi-hauteur de l'apophyse. Irrigation du foyer à la solution chaude de formol et introduction dans la plaie veineuse d'une étroite mèche iodoformée dont l'extrémité est amenée au dehors de la plaie tégumentaire. Le reste de la perte de substance osseuse est comblé par une seconde mèche, tandis qu'une troisième, introduite par le méat, tamponne la cavité tympano-antrale.

L'opération est complétée par la recherche des fusées profondes, dont une seule est rencontrée, qui croise en X le sterno-mastoïdien en passant au-dessous de lui. Je l'incise sur la sonde cannelée à son point le plus déclive, dans l'interstice sterno-trapézien et un fort drain y est introduit, dont les deux extrémités ressortent librement. Enfin une suture partielle de l'incision cutanée, deux points à chaque extrémité, terminent l'intervention.

La jugulaire, indemne autant qu'on pouvait en juger, n'a pas été liée.

A deux heures après-midi, la température axillaire, de 39°5 qu'elle atteignait au moment de l'opération, est descendue à 38°7. Le pouls n'est plus qu'à 135.

A six heures du soir : température, 36°4; pouls, 104. Le malade, parfaitement éveillé, ne souffre pas, n'a pas vomi. Teint déjà meilleur. Nuit assez calme. Champagne glacé étendu d'eau.

28 janvier. — Dans la matinée la température s'élève de nouveau, mais lentement, sans frissons et atteint vers midi 39°9. Pouls rapide, régulier. A deux heures, on donne 50 centigrammes de sulfate de quinine. A cinq heures : température, 37°9. Euphorie relative; visage assez bon. Le pansement est levé : la mèche sinusienne est retirée, son extrémité est imbibée de pus sanguinolent. La seconde mèche rétro-auriculaire est également extraite : un peu de pus, pas la moindre hémorragie. On replace une seule mèche de gaze peu serrée, puis deux compresses bouillies, humides. Injection de 350 centimètres cubes de sérum dans le flanc. Le malade a pris environ un litre et demi de café au lait dans la journée.

29 janvier. — Apyrexie. La température oscille entre 37°5 et 36°5; le pouls descend à 120, est plein et régulier. Aucun indice de métastase viscérale; aucune douleur articulaire ni musculaire. Le pansement commence à s'imbiber de pus. Euphorie; quelques sueurs dans la soirée, pas de frissons.

30 janvier. — Température à minuit et à sept heures matin, 37°5. Levée du pansement : la sécrétion purulente s'est rétablie, grise, brunâtre, fétide, et s'écoule par le trajet nucal drainé. Lavage de la plaie à l'oxycyanure d'Hg. 1/5000; nouvelle mèche iodoformée. Alimentation liquide toujours seule tolérée.

31 janvier. — Depuis la veille après-midi le patient aurait ressenti quelques douleurs de gorge qui, aujourd'hui, gênent l'alimentation et ont entraîné de la raucité de la voix. A l'examen, on trouve l'oro-pharynx transversalement rétréci par un soulèvement uniforme, non fluctuant, de sa paroi latérale gauche. Cette tuméfaction n'est pas douloureuse à la pression; la teinte est un peu livide. Le malade attribue sa dysphagie à la gêne causée par le pansement. Température, 38°; facies subictérique; l'amaigrissement fait des progrès.

Pansement : pus très fétide, abondant, tirant sur le vert. Extraction de la mèche auriculaire et large irrigation à HgCy. L'empâtement qui commençait hier dans la région sous-mastoïdienne s'est notablement étendu vers le bas et remplit en avant toute la fosse rétro-maxillaire. Pas d'adénopathie ni de sensibilité particulière, sauf un peu de douleur à la pression sur le côté gauche du larynx. Dans l'après-midi le malade a eu un frisson avec 39°2; un autre accès fébrile très court avait eu lieu dans la matinée. Le soir, température, 36°6 avec pouls fréquent. Le gonflement pharyn-

gien semble avoir diminué sans qu'il se soit fait d'ailleurs de ce côté, du moins en apparence, aucune décharge purulente; la muqueuse du pharynx est normale. Il n'existe plus aucune gêne de déglutition; la voix a repris ses caractères normaux. On continue le sulfate de quinine.

1er février. — Journée assez bonne; on ne note pas de frisson, mais des transpirations profuses. L'empâtement cervical et le gonflement pharyngien s'effacent. La suppuration demeure abondante et fétide. Le soir, injection de 250 centimètres cubes de sérum à la région trochantérienne gauche.

2 février. — Cette nuit, à quatre heures du matin, frisson avec ascension thermique à 40°; puis douleur au talon gauche, qui est rouge et un peu sensible à la pression.

En raison de la répétition des indices d'infection hématique, *la ligature de la jugulaire* est jugée indispensable et exécutée sur-le-champ. Incision sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien au niveau du cartilage thyroïde. Le bord du muscle récliné, on découvre la veine jugulaire au point d'abouchement d'un affluent à direction oblique en haut et en avant, qui paraît être une linguale. Ni le tronc ni le rameau n'offrent aucune trace de thrombose; la jugulaire toutefois renferme peu de sang. L'affluent est lié d'abord, puis la veine au-dessous de lui et ensuite au-dessus; le segment intermédiaire est réséqué. La plaie est réunie par trois crins; par l'angle supérieur passent les chefs de la ligature la plus élevée. Pansement iodoformé et collodionné.

5 février. — L'infection suit son cours malgré l'intervention sur la jugulaire. Le soir même survient un nouveau frisson, puis un autre le 4 et un cette nuit encore. La température atteint chaque fois 40° et le pouls 160, pour retomber presque immédiatement à la normale. Pourtant la défervescence a été plus lente hier et a demandé plusieurs heures; agitation nocturne. Quatre fois dans les vingt-quatre heures on fait une large irrigation de la cavité opératoire à la solution de formol ou d'oxycyanure d'Hg. La plaie a néanmoins bon aspect bien qu'encore un peu pâle. Le pus est abondant, vert, bien lié et beaucoup moins odorant. Toujours aucune détermination viscérale ni périphérique; sueurs abondantes, presque continuelles.

6 février. — La sécrétion, qui s'était presque tarie et n'était plus représentée ce matin que par un suintement rosé avec sécheresse de la peau, s'est rétablie dans la journée. Des lavages copieux avec une solution de borate de soude sont substitués aux irrigations antiseptiques. On continue sulfate de quinine et injections de

sérum. Prise de pus pour l'étude bactériologique : l'examen immédiatement pratiqué par M. le Dr Thiry, sous-directeur de l'Institut sérothérapique, fournit les résultats suivants.

Étude bactériologique : examen direct. — « Il montre la plus grande variété de formes microbiennes. Un observateur non prévenu de l'origine du pus penserait certainement voir une préparation de pus de pleurésie putride où communément s'observent de telles formes, surtout dans celles qui dégagent beaucoup de gaz fétides. Il s'agit d'espèces mal connues signalées par Widal, Courtois-Suffit, P. Courmont, etc., qui, inoculées aux lapins, provoquent l'apparition d'abcès gazeux sans qu'il soit possible de les cultiver sur les milieux habituels. Outre ces espèces, il y a un bacille morphologiquement semblable au bacille de Lœffler, peut-être bien encore le même que celui signalé par Netter et retrouvé par Wurtz dans les mêmes pleurésies putrides. De plus, des microcoques en amas, immobiles, Gram positif.

» *Cultures.* — On obtient sur les substrats habituels deux seulement des nombreuses formes observées directement : un staphylocoque jaune typique et le bacille. Ce dernier se distingue bien du bacille de Lœffler parce qu'il liquéfie le sérum.

» En somme, la flore du pus paraît identique à celle qu'on observe dans les pleurésies putrides à épanchements très fétides. Le plus grand nombre des espèces paraît appartenir aux anaérobies stricts. »

7 février. — Un peu de fièvre cette nuit, moins cependant que les précédentes. L'appétit est toujours bon; la suppuration continue verte et presque inodore. La paralysie faciale diminue beaucoup.

L'état demeure à peu près stationnaire les jours suivants, chaque nuit ramenant un accès fébrile d'intensité variable. Le 9, une boutonnière faite sur la sonde cannelée vers la pointe de l'apophyse pour drainer un cul-de-sac susceptible d'entraîner quelque rétention, paraît amener une détente en déterminant une abondante issue de pus. Enfin, la situation semblant en voie d'amélioration lente, mais assurée, le malade quitte, le 11, la maison de santé de l'hôpital civil pour rentrer chez lui.

Les irrigations au permanganate et à l'eau oxygénée sont prescrites pour lutter contre la pullulation des bactéries anaérobies signalées par l'étude bactériologique.

J'apprends, par une lettre du Dr Schmitt datée du 25, que l'état continue à devenir meilleur. Il existe toujours des frissons de temps à autre, mais ils tendent à s'espacer. La suppuration de-

meure abondante. Le malade est très amaigri, mais il se nourrit relativement bien et le teint devient meilleur.

Je croyais la partie définitivement gagnée grâce à la robuste constitution du patient et aux soins dévoués du médecin traitant quand, huit jours plus tard, une nouvelle lettre du Dr Schmitt me fait connaître que notre opéré a succombé la veille à une infection tétanique intercurrente, due évidemment à l'incurie de son entourage. En effet, malgré les pressantes recommandations du médecin relatives au nettoyage à l'eau bouillie des ustensiles de pansement, les parents, après s'y être soumis pendant un certain temps, se mirent à tout laver dans l'auge où buvaient les bestiaux, à tremper les doigts dans le bock destiné aux lavages pour juger de la température des solutions antiseptiques, etc. Bientôt apparurent des signes indubitables de tétanos : trismus, rire sardonique, contracture des muscles de la nuque, et, finalement, tétanisation des muscles respirateurs.

Il me paraîtrait superflu de faire suivre de longs commentaires cette observation, dont l'intérêt, surtout documentaire, ressort clairement de son exposé.

Les circonstances qui, provoquant la mastoïdite, préparèrent la voie à l'infection phlébitique, sortaient ici assez de l'ordinaire pour mériter par elles-mêmes une mention spéciale : l'oblitération osseuse du conduit comme conséquence d'une antrotomie mal surveillée dans ses suites n'est heureusement pas chose banale.

D'autre part, l'évolution de la mastoïdite elle-même comporte divers enseignements. A noter, en particulier, son insidiosité, insidiosité telle que, non seulement tout phénomène réactionnel apophysaire fit longtemps défaut, condition fréquemment réalisée dans la forme bezoldienne de l'abcès, mais encore que toute réaction douloureuse mastoïdienne ou céphalique manqua totalement soit avant, soit après l'éclosion de la thrombo-phlébite. Cette absence de signes subjectifs était bien faite, on en conviendra, pour éloigner l'idée d'un processus suppuratif erratique de la pointe, étant donné surtout l'état d'éburnation de l'apophyse constaté à l'opération.

La brusque survenance de la paralysie faciale, une quinzaine de jours après la première intervention, sous l'influence de l'inondation de la plaie opératoire par le pus de l'abcès formé à distance, montre bien le rôle joué par l'irritation septique et la virulence microbienne dans la genèse de cette complication et confirme l'opinion récemment exprimée par Genta [1].

L'évolution de la thrombo-phlébite elle-même ne me semble pas moins digne d'attention. A mon avis les signes observés et spécialement la longue durée des accidents, survivant en grande partie à l'ouverture large et au drainage du foyer sinusien suppuré, ne sauraient s'expliquer que par une ostéophlébite surajoutée à la trombo-phlébite du sinus. A l'appui de cette présomption vient ce fait que les symptômes métastatiques ici peu accentués, du reste, atteignirent exclusivement les muscles et les articulations des membres inférieurs, laissant parfaitement indemnes les poumons. C'est la loi établie par Körner que les métastases qui, dans les phlébites du sinus, se localisent presque toujours dans les poumons, épargnent les organes dans l'ostéophlébite pour se porter sur les articulations et les muscles.

Quand on assiste au développement d'une septicémie prolongée telle que celle-ci, on est toujours frappé de l'opposition flagrante qui éclate entre l'euphorie trompeuse accusée par le patient et son état de progressive déchéance organique. Si j'avais attribué à ce dernier signe toute la valeur qu'il possède, sans doute j'aurais été amené plus tôt à soupçonner l'existence d'une collection mastoïdienne profonde et une intervention complémentaire plus hâtive eût évité probablement l'infection profonde du temporal. Celle-ci une fois établie, les débridements larges, nombreux et réitérés, les irrigations antiseptiques fréquentes et copieuses semblent, en écartant dans la mesure du possible toute stagnation puru-

1. S. Genta, *Annal. di laringol. e d'otol. di Genova*, avril 1900.

lente, répondre à la première des indications; la médication générale tonique et le lavage du sang compléteront nécessairement le traitement.

FENTE DE LA CLOISON CARTILAGINEUSE DU NEZ

DANS LE COURS DE LA CONVALESCENCE D'UNE GRIPPE[1]

Par le Dr L. de MILLY, d'Orléans.

Observation. — L'enfant Lucien Cl..., âgé de cinq ans, est amené par ses parents parce qu'il présente une déformation du nez.

Dans le cours de la convalescence d'une grippe, en février 1901, cet enfant commença à avoir de la difficulté à respirer par le nez, devenu rouge et augmenté de volume, en même temps qu'il mouchait quelques sécrétions sanguinolentes sans odeur; un peu de fièvre et d'insomnie.

A ce moment, son médecin constatant l'existence d'une tumeur sur la cloison cartilagineuse la ponctionna des deux côtés à l'aide d'un bistouri qui ramena un peu de sang, mais pas *une goutte de pus*.

Cinq à six jours après, l'enfant respire mieux, le nez est moins gros, mais la famille s'aperçoit d'une déformation particulière du nez consistant en une encoche en coup de hache du dos du nez, d'un affaissement et d'un élargissement de l'extrémité inférieure de cet organe.

Actuellement, si la partie supérieure des fosses nasales est normale et non douloureuse, le dos du nez présente à la vue et au toucher une voussure dure, à l'union des os propres et du cartilage. Pris entre les doigts, le bout du nez est mobile en tous sens et on ne sent plus la résistance normale qu'oppose le cartilage; au-dessous de la voussure précitée on sent un ressaut, la charpente osseuse faisant défaut, ce qui attire en haut et en arrière le lobule nasal. La sous-cloison est normale.

Au spéculum, on constate une tuméfaction indolore et lisse de la cloison cartilagineuse, qui ne présente aucune perforation, aucun bourgeon charnu, et dont la muqueuse n'est dénudée en aucun point; cette tuméfaction est plus nette dans la narine gauche que

1. Travail communiqué à la Société française de laryngologie, mai 1901.

dans la droite; les deux doigts auriculaires enfoncés chacun dans une narine pour explorer la cloison sentent réciproquement leur face palmaire séparée seulement par la muqueuse de la cloison sans interposition cartilagineuse.

En aucun point des fosses nasales ou de la voûte palatine, le stylet ne révèle l'existence de séquestre ou d'os dénudé.

En présence de ces symptômes, nous sommes amené à faire le diagnostic différentiel entre plusieurs affections pouvant entraîner semblable déformation.

Il est bien certain que le diagnostic de syphilis est celui qui se présente le premier à l'esprit et on est tenté, au premier abord et en ne faisant qu'un examen superficiel de l'extérieur du nez, de mettre cette déformation sur le compte d'une rétraction de tissu conjonctif, rétraction consécutive à une gomme de la charpente du nez, mais le spéculum et le stylet nous renseignent sur la nature de l'affection. La muqueuse n'est pas bourgeonnante comme dans la syphilis, elle ne présente pas de croûtes recouvrant une surface fissurée et garnie d'excroissances papillaires comme dans le lupus; enfin, signe important, le stylet ne rencontre ni séquestre ni orifice faisant communiquer les deux narines. Force nous est donc d'éliminer le lupus et la syphilis pour nous rattacher à l'hypothèse d'un abcès de la cloison survenu spontanément dans le cours de la convalescence d'une grippe, abcès qui amena la résorption de la portion cartilagineuse de la cloison, en respectant entièrement la muqueuse, celle de la narine gauche étant simplement adossée à celle de l'autre narine sans interposition de cartilage.

Ce diagnostic entraîne des déductions importantes puisqu'il démontre l'inutilité d'un traitement antisyphilitique déjà commencé et qu'il rassure réciproquement les parents de cet enfant supposé un instant hérédo-syphilitique, alors que le père et la mère, certains l'un et l'autre de leur état de bonne santé, pouvaient se rejeter l'un sur l'autre la diathèse syphilitique.

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE DE LONDRES

Séance du 1er février 1901.

(Suite et fin[1]*)*

M. Cresswell Baber, président.

M. H.-J. Davis. — Un cas de kyste séreux du cornet inférieur et du plancher du nez ***(Case of serous cyst of the inferior turbsnated body and floor of the nose).***

La malade, une femme de vingt-cinq ans, souffrait depuis quelques années d'une obstruction nasale qui allait toujours en augmentant. Il y a dix jours, lorsqu'elle se présenta au Middlesex Hospital, il paraissait y avoir une hypertrophie marquée de l'extrémité antérieure du cornet inférieur droit; le plancher du nez était compris dans la tuméfaction, qui était aussi grosse qu'un œuf de pigeon, ferme et résistante au toucher.

Les tissus ne se sont pas rétractés sous l'action de la cocaïne, et la tuméfaction ayant été prise pour une tumeur, l'auteur essaya d'en enlever un fragment aux fins d'examen, mais la tentative échoua. Un bistouri à paracentèse du tympan a été alors introduit dans la partie supérieure de la tuméfaction et aussitôt on vit jaillir du nez un liquide clair, verdâtre; la tuméfaction s'affaissa rapidement et complètement. A présent, le kyste se reforme de nouveau et l'on peut voir sur le plancher du nez une sorte de saillie fluctuante. En dehors de la première ponction, la malade n'a subi aucun autre traitement.

M. Mac Bride pense que le cas présentait surtout un grand intérêt avant l'évacuation du kyste. Il croit avoir été le premier à décrire cette forme de kyste, il y a plusieurs années. Pour lui, le point d'intérêt spécial est l'origine de ces kystes, qu'il est difficile de s'expliquer. M. Davis s'est-il formé une théorie quant à leur pathogénie? il tient à rappeler que Brown Kelly, de Glasgow, a trouvé dans cette région du nez des glandes munies de longs canaux qui, selon lui, expliqueraient la production de ces kystes.

M. Davis répond que pour lui ces derniers reconnaîtraient pour

1. Voir n° 40, du 5 octobre 1901.

origine la rétention de sécrétions dans une des glandes et seraient des kystes par rétention. Dans son cas, le kyste était beaucoup plus gros il y a deux jours, mais la malade ayant eu un écoulement sanieux par le nez, il s'affaissa de nouveau. Si l'on examine la patiente avec attention, on voit que la face inférieure du cornet inférieur est gonflée, ce qui fait penser que le kyste était d'une profondeur considérable au-dessous de cet os.

M. Lambert Lack. — **Mucocèle des sinus frontaux** *(Case of mucocele of the frontal sinuses)*.

Le jeune homme qui fait l'objet de cette communication, a été déjà présenté avant l'opération à la Société d'ophtalmologie. Il existe du strabisme divergent marqué; le dos du nez est largement distendu, surtout à gauche. Lors du premier examen, la tumeur paraissait osseuse, mais il existe une zone de fluctuation dans l'angle supéro-interne des deux orbites. Le début de l'affection date de quatre ans, et depuis elle a suivi une marche lente et progressive. Le diagnostic — mucocèle des sinus frontaux avec dislocation en bas et en dehors des deux os lacrymaux — est confirmé par l'opération.

Le sinus frontal gauche était extrêmement distendu, sa paroi osseuse antérieure résorbée; la cavité sinusienne s'étendait en arrière et en dedans, derrière le sinus frontal droit, et en bas dans la direction de l'infundibulum. Le contenu muqueux évacué, on pratiqua une large ouverture qui faisait communiquer le sinus avec le nez et était maintenue par un tampon. A présent, le sinus sécrète encore du pus, mais il est devenu beaucoup plus sec, et comme l'ouverture dans le nez restera probablement permanente, il sera bientôt possible de fermer la plaie extérieure. Le sinus droit était plus petit; on a essayé de l'oblitérer sans établir une communication préalable avec le nez, mais pour le moment l'oblitération n'est pas encore complète. L'infundibulum de ce côté a été probablement le premier à s'obstruer,, tandis que le droit a dû s'oblitérer par suite de la compression exercée par le sinus gauche dilaté.

Vu la rareté de ces cas, M. Lack serait heureux d'être conseillé par ses collègues sur les moyens à employer pour hâter la guérison.

M. HERBERT TILLEY pense qu'en raison de la longue durée du traitement et de la nature de l'opération déjà pratiquée, la cure radicale est le seul moyen qui offre quelque chance de guérison. Et comme le malade est un jeune homme en pleine croissance et que la déformation actuelle deviendrait permanente, il croit qu'une large ablation d'os est tout à fait indiquée.

M. MAC BRIDE demande à M. Tilley d'expliquer comment il entend procéder. Son cas est un de ceux où les sinus frontaux sont si profonds que la méthode proposée par M. Tilley se réduit, en somme, à l'exécution de l'opération de Kuhnt, mais alors la paroi supérieure de l'orbite devra être enlevée. Quand même on laisserait les parties molles oblitérer le sinus, il restera encore un espace considérable qui ne sera pas rempli. Il pense donc qu'à cause de la profondeur du sinus, il restera toujours une cavité. M. Mac Bride a opéré un grand nombre de sinus frontaux et il a trouvé que ceux décrits dans les livres classiques sont faciles à traiter; mais dans nombre de cas on a des cavités contenant du pus en arrière de l'orbite et dans de pareils cas il est imprudent de laisser les parties molles combler les sinus.

M. TILLEY, répondant à M. Mac Bride, dit qu'il proposerait une incision horizontale au centre de la partie inférieure du front qui viendrait rejoindre les incisions déjà existantes et partiellement guéries.

Ainsi faites, ces incisions permettront de rabattre en haut les parties molles recouvrant la partie inférieure du front; on enlèvera ensuite toute la paroi osseuse antérieure des deux sinus et la cloison, et on laissera les tissus mous combler la paroi postérieure des sinus, ce qui amènera leur oblitération. L'angle entre la voûte de l'orbite et la partie inférieure de la paroi postérieure se comblera de tissu de granulations qui s'organisera éventuellement; lors même qu'il restera une petite cavité, celle-ci n'aura probablement pas de grands inconvénients, si l'on a soin d'assurer un libre drainage du nez. Chez un jeune homme dans la période de croissance, la déformation ne sera pas plus prononcée après l'opération qu'à présent et il est évident qu'on doit tenter quelque chose pour améliorer l'état de choses actuel.

M. LE PRÉSIDENT dit que le seul moyen d'oblitérer le sinus lui paraît être l'opération de Kuhnt, qui consiste à enlever toute la paroi antérieure excepté un huitième de pouce le long du bord sus-orbitaire. Le périoste et la peau doivent être soigneusement suturés et un drain inséré dans l'angle interne de la plaie. Des granulations se formeront et produiront l'oblitération du sinus.

Cela laissera une certaine dépression. Le cas qu'il a opéré et présenté à la Société a été, au point de vue des résultats, très satisfaisant. Il s'agissait d'un gros mucocèle, et si le même procédé est appliqué au cas en discussion, le malade guérira également.

M. VINRACE demande quels sont les symptômes urgents qui nécessitent une opération; ne vaudrait-il pas mieux laisser le malade en l'état plus longtemps avant de procéder à une si grave opération chirurgicale?

M. LAMBERT LACK. — **Cas de récidive persistante de polypes du nez avec suppuration des sinus frontal et ethmoïdal. Opération. Résultat** *(Case of persistently recurring nasal polypsus with suppuration in the frontal and ethmoidal sinuses. Operation. Result).*

L'auteur montre cette malade comme contraste avec le cas présenté par M. de Santi à la dernière séance de la Société. Les deux cas se ressemblent beaucoup.

La malade avait eu des polypes depuis plusieurs années; leur apparition, qui remontait à l'âge de quinze ans, était accompagnée d'une suppuration sinusienne profuse. Depuis trois ans, elle se les faisait enlever tous les quinze jours, mais elle n'a jamais pu respirer librement par le nez. Il y a deux ans, M. Lack lui pratiqua un curettage du nez, mais l'opération ne fut pas aussi complète qu'il l'eût désiré, car la malade s'était présentée à la consultation externe; malgré cela, elle pouvait, depuis, respirer librement par le nez. A trois reprises, l'auteur a enlevé à l'anse de petits morceaux de tumeurs, et aujourd'hui, plus de deux ans après, il n'y a point de récidive. L'opération faite, l'écoulement nasal diminua beaucoup aussi, mais ne cessa complètement qu'après l'oblitération du sinus frontal.

Cette opération, que l'auteur considère comme la seule mesure curative certaine, implique l'ablation complète des deux parois antérieure et inférieure du sinus, et malgré ce délabrement la déformation est à peine visible, ainsi qu'on peut le constater dans le cas actuel. Son expérience personnelle de cette opération l'autorise à penser qu'une déformation semblable à celle que présente le malade de M. Tilley, montré à la dernière séance, est tout à fait exceptionnelle.

M. Saint-Clair Thomson pense que le cas montre la nécessité de déterminer d'avance le degré de soulagement, et combien nous devons être circonspects à accepter une cure radicale dans ces cas. Le nez de la malade exhale une odeur fétide très accusée; bien qu'elle ait fait aujourd'hui deux irrigations nasales, on voit distinctement du pus dans les cornets moyens; elle affirme aussi que quoiqu'il y ait bientôt deux-ans depuis qu'elle a été opérée, elle est encore obligée de faire trois irrigations nasales par jour. Maintenant, à la dernière séance, M. Tilley et lui ont présenté des cas d'opération radicale pour sinusite frontale, mais il doit à la vérité de dire qu'à ce moment-là aucun d'eux n'était guéri. Dans le cas de M. Tilley, il y avait du pus dans les cornets moyens; son malade, à lui, a fait un lavage du nez le matin du jour de la réunion de la Société, et, au bout de cinq heures, la quantité de pus accumulé n'était pas suffisante pour être nettement aperçue. Cette sécrétion purulente ne pouvait provenir du sinus frontal, car il (M. Thomson) a vu que le canal fronto-nasal avait été complètement oblitéré avant que la plaie opératoire ait été fermée. C'est donc des cellules ethmoïdales que le pus devait provenir, et depuis la dernière séance, celles-ci avaient été soigneusement curettées. Dans le cas de M. Lack on voit nettement du pus, quoique la malade ait été considérablement soulagée.

M. Herbert Tilley est surpris d'entendre (pour la première fois) que le cas qu'il a présenté à la dernière séance n'était pas complètement guéri, et il ose croire que M. Thomson se rappelle un autre cas. M. Lack a parlé de sa malade comme d'un cas de guérison, et, malgré une divergence d'opinion, l'orateur est prêt à en convenir, si le mot n'est pas employé dans un sens trop rigoureux. Dans le cas dont il s'agit, il n'y avait point d'écoulement purulent du sinus, mais une ou deux cellules ethmoïdales n'avaient pas été curettées et ce sont elles qui ont été probablement la cause de ce léger trouble. Ceci amène M. Tilley à la question posée par un membre : « Quand un chirurgien est-il autorisé à conseiller une opération radicale externe pour un empyème chronique du sinus frontal ? » Pour M. Tilley, la réponse à cette question est entièrement subordonnée à la manière de voir du malade lui-même. A l'appui de ses dires, il cite le cas d'un jeune ingénieur qu'il soigne depuis bientôt deux ans. Ce malade était venu le consulter pour une obstruction nasale, un écoulement purulent, des céphalées chroniques et l'impossibilité de concentrer l'esprit sur son travail. Les fosses nasales étaient remplies de polypes, et du pus s'écoulait abondamment des deux sinus frontaux. Une irrigation poussée par

le canal fronto-nasal droit dans le sinus fit ressortir le liquide par la narine gauche, démonstration évidente de l'existence d'une perforation septale établissant une communication entre les deux sinus. Successivement, l'auteur enleva tous les polypes, les deux cornets moyens et plusieurs cellules ethmoïdales. A présent, le malade se dit guéri, parce qu'il se porte bien : ses céphalées ont disparu, l'écoulement a apparemment cessé et il ne salit plus qu'un mouchoir par jour. A l'examen, l'orateur trouva une goutte de pus à l'extrémité inférieure du canal naso-frontal et il pense que dans de telles conditions il n'avait pas le droit de conseiller une opération radicale, car le malade ne courait pas de grands dangers et son affection ne le gênait guère. M. Tilley pense que dans des cas semblables le nez doit être soigneusement lavé deux ou trois fois par jour et rien de plus. D'autre part, si l'on a affaire à un sujet nerveux, on doit lui expliquer la nature de l'opération, ses chances de succès, la possibilité d'une petite cicatrice, et laisser le malade prendre lui-même une décision.

M. Felix Semon dit que M. Tilley a soulevé une grave et importante question. La question qui se pose est de savoir quand on doit pratiquer une cure radicale dans les cas de ce genre. Appartenant à la vieille génération, il ne voudrait cependant pas passer pour un ennemi du progrès. C'est assurément une belle acquisition que de pouvoir mieux diagnostiquer ces cas et les traiter avec plus de succès que par le passé par une opération radicale; mais en jetant un regard sur les vingt-cinq dernières années consacrées par lui à la spécialité, et pendant lesquelles il a observé un grand nombre de cas, M. Semon n'en trouve que très peu qui aient complètement échoué avant la découverte des méthodes de traitement modernes. Sans doute, il y a eu *quelques* cas où des symptômes menaçants, tels que céphalées intenses, coma, méningite et autres complications, s'étaient développés faute d'avoir connu leur véritable cause ou à défaut d'une opération radicale. Mais combien peu nombreux ont été et sont encore de pareils cas ! En envisageant la question à un autre point de vue, M. Semon se demande si après une soi-disant opération radicale on peut réellement promettre à chacun de ces malades une guérison complète et durable. Il a vu un grand nombre de cas de M. Tilley et l'a même félicité de beaux résultats obtenus, mais il en a également vu d'autres — et il n'a pas été seul — où la suppuration continuait encore après l'exécution de la cure radicale; d'autres interventions devinrent nécessaires, et, finalement, le malade ne se portait pas beaucoup mieux après qu'avant. Ces faits ont été rapportés devant la Société.

M. Semon serait désolé qu'on le dise incapable de voir ce que ces nouveautés ont de bon, mais, selon lui, il s'agit de savoir, et cette question est de la plus haute importance, si la découverte d'un peu de pus provenant du sinus frontal nécessite une opération radicale dans chaque cas, le chirurgien eût-il prévenu le malade que l'opération peut laisser une légère déformation.

M. Fitz-Gerald Powell dit que de la discussion, qu'il a suivie avec beaucoup d'intérêt, se dégage un fait précis : c'est la tendance actuelle à vouloir pratiquer cette grave opération aussitôt que du pus apparaît dans le nez. Il soigne actuellement une jeune femme dont le cas lui paraissait justiciable d'une cure radicale. La malade présentait tous les signes d'une sinusite frontale très intense. Il proposa donc une opération radicale, tout en laissant prévoir la possibilité d'une déformation. Mais la malade, sur le point de se marier, n'a pas voulu se faire opérer. En plusieurs séances, M. Powell pratiqua une turbinectomie moyenne, dégagea l'infundibulum; après quoi il faisait des lavages du sinus. A présent, la malade se porte très bien; elle continue à faire des irrigations, mais les douleurs et les céphalées frontales ont complètement disparu. De temps à autre, il est vrai, on voit apparaître dans le nez un peu de pus, mais il occasionne peu ou point de gêne.

M. Donelan demande à M. Lack quelle est, dans ces cas, la proportion de guérisons spontanées. Il y a un an environ, il soignait un jeune homme de vingt-quatre ans qui avait été atteint d'une sinusite frontale droite classique. Toutes les dispositions furent prises pour intervenir, mais au moment de procéder à l'opération, une décharge de pus se produisit subitement. On fit un lavage du nez, et depuis le malade se porte bien.

M. Vinrace désire savoir combien de temps après avoir débarrassé le nez des polypes, M. Lack attend pour procéder à son opération.

M. Lack répond que les indications pour une opération externe sont indéfinies. L'opération est indiquée chaque fois que l'affection occasionne des symptômes qui déterminent des troubles graves. Lorsque le seul symptôme qui existe est une légère suppuration, il n'y a pas lieu d'intervenir. En présence d'un de ces cas, M. Lack procède de la façon que voici : il emploie d'abord les méthodes intra-nasales en enlevant les cornets moyens, en ouvrant les cellules ethmoïdales antérieures, etc., et en déblayant les approches de l'infundibulum, tout cela pour pouvoir drainer largement le sinus par le nez. Si ces moyens échouent, il opère alors par voie externe. Le but qu'il se propose toujours est l'oblitération du sinus, qui est,

selon lui, la seule méthode certaine permettant d'obtenir une guérison. Personnellement, il ne croit pas à la possibilité de faire un diagnostic précis sans avoir ouvert le sinus, et pense qu'un grand nombre de cas guéris par des opérations intra-nasales, telles que ouverture des cellules ethmoïdales antérieures, étaient en réalité des cas d'ethmoïdite, mais ceci n'est qu'un argument de plus en faveur de la méthode intra-nasale devant précéder l'opération par voie extérieure.

M. Herbert Tilley. — **Papillome du larynx enlevé par la méthode endolaryngée** *(Papillomata removed from the larynx by the endolaryngeal method).*

Il s'agit d'un enfant de quatre ans, amené à l'auteur pour une difficulté de la respiration et de l'enrouement. La dyspnée était si intense que la nuit qui avait précédé l'opération, le petit malade avait failli s'asphyxier. L'enfant a été trachéotomisé d'urgence, et, quatre jours après, on pratiqua l'opération endo-laryngée. Le malade a été chloroformé par le Dr Hevitt et maintenu dans la position assise. Il fut dès lors facile d'enlever quelques tumeurs avant le retour du réflexe laryngé et de l'acte de la déglutition qui rendit nécessaire une nouvelle administration de chloroforme.

Les tumeurs avaient été extirpées par ce moyen et la voix rétablie depuis six mois, quand un nouvel accès d'enrouement nécessita une seconde opération. Cette fois-ci il n'y avait que quelques tumeurs qui furent enlevées sans difficulté.

L'auteur insiste sur la facilité avec laquelle l'opération peut être pratiquée, surtout quand l'anesthésie est habilement administrée dans la position assise.

M. Dundas Grant: — **Cas d'épithélioma de l'amygdale avec engorgement ganglionnaire étendu, chez un adulte** *(Case of epithelioma of the tonsil with extensive glandular involvement in a middle-aged man).*

L'ulcération épithéliomateuse typique s'étendait de l'amygdale au voile du palais et au pilier antérieur; la portion adjacente de la base de la langue était également envahie par le néoplasme. Il existait au cou une grosse masse de ganglions indurés. M. Dundas Grant considère le cas comme inopérable;

il présente une planche coloriée faite par M. Mackintosh et montrant les caractères et l'étendue de l'ulcération. L'élimination du centre de la tumeur d'une masse ramollie a procuré au malade un grand soulagement.

M. Dundas Grant. — **Préparation microscopique d'un fragment de corde vocale d'un homme de soixante et un ans, enlevée avec la pince à emporte-pièce de Jurasz** *(Microscopical portion of vocal cord removed by means of Jurasz punch forceps from the vocale cord of a gentleman aged sixty-one).*

Le malade était atteint de raucité de la voix qui a progressivement augmenté d'intensité et dont le début datait d'une attaque de grippe survenue il y a sept ou huit mois. A l'examen laryngoscopique, on trouva sur le tiers moyen de la corde gauche une tumeur de coloration rouge pâle, creusée à l'intérieur d'une excavation et dont le fond était humide et de couleur jaunâtre. En dehors de cela le larynx était normal; on ne constatait aucune altération dans le mouvement des cordes. Le malade était un ancien syphilitique; il eut autrefois des lésions du sommet droit, qui paraissent avoir complètement disparu. L'examen de crachats, fait par un habile bactériologiste, a révélé, dans une première préparation, deux bacilles qui se coloraient comme ceux de la tuberculose, mais de nombreux examens ultérieurs des crachats pour le bacille de la tuberculose ont donné un résultat absolument négatif et le bactériologiste conclut que la démonstration n'était pas suffisante pour porter le diagnostic de tuberculose. Des frictions mercurielles et l'iodure de potassium n'ont produit aucun effet; toutes les probabilités étaient donc en faveur d'un épithélioma, quoique l'aspect n'en fut pas absolument typique. Un confrère éminent s'est prononcé dans le même sens. Il a donc été décidé d'ouvrir le larynx ou d'enlever une portion de la tumeur par la méthode endo-laryngée. A l'aide de pinces de Jurasz, M. Grant en extirpa un gros fragment. Mais l'examen microscopique de toute une série de coupes ne révéla aucun des élements tant soit peu caractéristiques de l'épithélioma. La tumeur paraissait entièrement composée de tissu

inflammatoire. A présent, le malade ne souffre que de troubles de la voix, qui sont dus autant aux manipulations avec les pinces qu'à l'affection elle-même. Il est en voie d'amélioration rapide.

MM. Dundas Grant et Mackintosh. — **Cas de spasme glottique chez une jeune femme de vingt-quatre ans** *(Case of glottic spasm in a young woman aged twenty-four)*.

M. Mackintosh fut appelé auprès de la malade pour accès de suffocation ayant débuté brusquement. Point d'enrouement antérieur, mais la patiente avait éprouvé une sensation de gêne désagréable dans la gorge. Toux sèche, voix rauque; inspiration de temps à autre striduleuse. L'accès de suffocation disparut complètement et rapidement, mais la légère raucité de la voix persistait. A l'examen laryngoscopique, on n'a point trouvé d'œdème du larynx; les cordes vocales étaient légèrement congestionnées; mais le trait le plus caractéristique était une tuméfaction de l'amygdale linguale dont la surface était parsemée de nombreuses taches d'exsudat; la glande thyroïde était hypertrophiée. Le lendemain, MM. D. Grant et Mackintosh examinèrent ensemble la malade au Central London Throat and Ear Hospital. Le larynx ne présentait plus aucun signe d'inflammation; la tuméfaction de l'amygdale linguale avait considérablement diminué; en revanche, on découvrit des stigmates d'hystérie tels que diminution des réflexes nasal et pharyngé et une hémianesthésie du côté droit. On prescrivit du bromure de potassium. Le cas a été considéré comme un spasme de la glotte, d'origine hystérique, l'amygdalite linguale ayant joué le rôle d'agent d'excitation.

M. Mackintosh appelle l'attention sur le mauvais état des dents, dont toute la rangée supérieure était représentée par autant d'infects chicots noircis qui, en raison des plus récentes recherches peuvent agir, selon lui, comme facteur déterminant.

M. F. Semon n'est pas du tout convaincu que le spasme soit dû à l'excitation locale. Il demande si l'hémianesthésie et la paralysie peuvent être rattachées à l'amygdale linguale.

M. Herbert Tilley relate un cas de spasme de la glotte chez un homme de quarante-deux ans, en parfait état de santé. Pendant

l'examen de la gorge, le malade fut pris d'un subit accès de suffocation, tomba de sa chaise, et il paraissait en danger imminent d'asphyxie. Une longue inspiration marqua la fin de l'accès et le malade se rétablit. Cette irritabilité excessive du larynx et du pharynx paraissait être due à de grands abus de tabagisme, car, ayant supprimé le tabac depuis deux mois, il n'a plus eu d'accès. A la fin de cette période, le malade ayant fumé son premier cigare eut un nouvel accès qui a duré dix minutes.

M. William Hill. — **Cas de tumeur bénigne de la corde vocale droite** *(Case of innocent growth on the right vocal cord).*

La malade, âgée de quarante-huit ans, était atteinte d'une petite tumeur rouge ayant pris naissance à la face supérieure de la corde droite, près de son extrémité antérieure et proéminant légèrement dans l'espace glottique, ce qui occasionnait de l'enrouement; ce symptôme persistait depuis un an. Le larynx était, à présent, extrêmement intolérant à l'égard de l'instrumentation intra-laryngée. La malade étant de la campagne et son lit devant être mis à la disposition d'un cas plus grave, M. W. Hill demande à ses collègues s'il peut sans crainte renvoyer la malade dans son pays en recommandant à son médecin (qui est un laryngologiste distingué) d'essayer des applications d'acide salicylique dans une solution alcoolique à 5 o/o.

M. Lack dit que l'acide salicylique ne lui a jamais donné de bons résultats.

M. Bronner préfère la formaline qui, d'après lui, est beaucoup plus efficace que l'acide salicylique, mais dans le cas présent c'est la pince qui doit être employée.

M. Fitz-Gerald Powell dit qu'en raison de l'intolérance du larynx de la malade à l'égard de manipulations opératoires, il serait d'avis de faire des attouchements au perchlorure de fer, ce qui fera disparaître probablement la tumeur qui est très petite et lui semble prendre naissance à la face supérieure de la corde, mais non pas à l'inférieure. Il a souvent vu ces petites tumeurs disparaître par l'emploi systématique de ce traitement.

M. Hill est heureux de connaître l'opinion de ses collègues sur le traitement salicylé. Lorsque le larynx sera devenu plus tolérant, la tumeur pourra être enlevée à l'aide de pinces, mais il craint que dans le cas actuel cette éducation n'exige beaucoup de temps.

M. Atwood Thorner. — Un cas d'affection laryngée pour diagnostic *(Laryngeal case for diagnosis).*

Le malade, âgé de quarante-trois ans, se présenta le 19 janvier au Saint Mary's Hospital dans un état de grande excitation, se plaignant d'avoir éprouvé, en prenant une tasse de cacao, une violente douleur dans la gorge et craignant d'avoir avalé un morceau de porcelaine.

A cause de l'état d'excitation où se trouvait le malade, le médecin n'a pu obtenir une image satisfaisante du larynx, mais ayant trouvé une légère plaie sur la pointe de l'épiglotte, il fut porté à croire que quelque objet pointu avait dû être avalé ou était entré dans le larynx.

A l'examen du 21, le cricoïde a été trouvé tuméfié, la bande ventriculaire très ratatinée et l'espace inter-aryténoïdien était le siège d'une collection muco-purulente qui, une fois enlevée, laissa voir une eschare béante.

Il existait une histoire de syphilis remontant à vingt-deux ans, mais pas de signes de tuberculose pulmonaire.

M. Dundas Grant dit que le malade avait eu de l'aphonie. Les deux cordes vocales sont parfaitement mobiles, mais la bande ventriculaire est extraordinairement tuméfiée. C'est un de ces cas où la tuméfaction agit soit comme un étouffoir par compression de la corde ou bien, en s'interposant entre les cordes, empêche la production des sons. M. Band conseillerait la cautérisation de la bande ventriculaire, si toutefois le trouble est suffisamment sérieux pour justifier l'introduction d'un cautère dans le larynx.

M. Atwood Thorner répond que la bande ventriculaire est certainement très tuméfiée. L'intérêt du cas est tout entier dans le fait que le malade fut pris de douleurs dans la gorge immédiatement après avoir bu une tasse de cacao et craignit d'avoir avalé un fragment de porcelaine, et que l'examen du larynx pratiqué deux jours plus tard fit constater une récente eschare dans l'espace inter-aryténoïdien.

MM. Dundas Grant et Wyatt Wingrave. — Un cas d'épithélioma supposé du larynx *(Case of supposed epithelioma of the larynx).*

J. C..., âgé de cinquante-trois ans, vint consulter pour la première fois le 11 décembre 1900, se plaignant d'une

extinction de la voix datant d'environ un an. L'aphonie a débuté par un léger enrouement et, augmentant graduellement, devint très prononcée. Pas de douleurs, excepté pendant les efforts de parler. La déglutition était normale. Pas de toux, mais de temps à autre accès de dyspnée accompagnés de stridor inspiratoire. Pas d'antécédents personnels syphilitiques ou tuberculeux. Sa femme était atteinte de tuberculose; deux de ses enfants sont morts de phtisie. Les crachats, peu abondants, ne contenaient point de bacilles; l'appareil pulmonaire, en dehors d'un léger emphysème, paraissait normal. L'examen du larynx laissait voir une frange granuleuse sur toute la longueur de la corde droite et sur une étendue moindre au-dessous de la portion la plus antérieure de la corde gauche. La moitié droite du larynx était complètement immobile et l'aile droite du cartilage thyroïde était épaissie. L'opinion des auteurs était qu'il s'agissait d'un épithélioma.

M. F. Semon n'est pas du tout convaincu de la nature maligne de la tumeur; une infiltration syphilitique ou tuberculeuse peut présenter exactement le même aspect. Il a certainement vu des cas de tumeurs malignes où il n'y avait guère plus de signes que dans ce cas-ci, mais il ne pense pas que l'aspect en soit absolument typique. Sans approuver une extirpation totale ou partielle du larynx, il croit que la thyrotomie trouve ici son indication.

M. D. Grant dit que ni les poumons ni les crachats n'offrent aucun signe de tuberculose. Le malade n'a pas pris d'iodure de potassium, mais il n'a pas eu de syphilis. Est-ce un cas où l'on peut enlever un fragment de tumeur à fin d'examen microscopique? Doit-on faire une thyrotomie exploratrice? Si la tumeur est de nature maligne et qu'une opération est indiquée, plus tôt elle sera faite, mieux cela vaudra.

Trivas.

REVUE GÉNÉRALE ET ANALYSES

BOUCHE ET PHARYNX BUCCAL

Kyste dentaire du maxillaire supérieur, par le Dr M. Gouly.

Il s'agit d'un enfant de neuf ans qui présentait sur la joue droite deux tumeurs. L'une située à un centimètre au-dessous

de la paupière et de l'angle interne de l'œil, l'autre, beaucoup plus volumineuse, siégeant au niveau du sinus maxillaire. Il n'existait aucun signe de sinusite. Cette tuméfaction était donc le résultat d'un kyste dentaire.

Trois dents furent arrachées, et l'avulsion de la première prémolaire fut suivie d'un écoulement de pus abondant. Un pansement compressif fut appliqué sur la joue.

Dans ce cas, la compression méthodique de la région suffit à amener la régression, lente il est vrai, de la tumeur présinusienne. (*Union méd. du Nord-Est*, juillet 1901.)

Dr G. Dupond.

LARYNX ET TRACHÉE

Du traitement chirurgical de la tuberculose du larynx laryngectomie partielle; trachéotomie, par le Dr N. Taptas.

Dans l'observation rapportée par l'auteur, il s'agit d'un homme âgé de quarante-sept ans, atteint d'aphonie avec difficulté de la respiration et de la déglutition. De plus, on constate sur le cou, en avant du larynx, une tumeur douloureuse, fluctuante, de la dimension d'une petite orange et qui semble prête à s'ouvrir sur un point où la peau est tendue et jaune. La corde vocale gauche est couverte de granulations et la bande ventriculaire et le repli ary-épiglottique du même côté sont excessivement tuméfiés. Les poumons ne paraissent pas très profondément atteints, mais le malade est très amaigri. L'opération consista en incision de l'abcès, curettage profond des parois fongueuses, thyrotomie et mise en place d'une grosse canule trachéale. Les suites en furent excellentes et le sujet reprit rapidement de l'embonpoint. Dans ce cas, la thyrotomie sauva le malade d'une mort certaine.

Envisageant alors les résultats que cette intervention peut donner dans l'avenir, l'auteur passe en revue les opinions émises par les différents auteurs qui ont étudié la question. Il pense que dans certains cas où le gonflement laryngé est plutôt œdémateux, où l'évolution de la lésion est rapide et où les limites du mal sont encore indéterminées, il vaut mieux se contenter de la trachéotomie. Mais dans les cas de tuberculose ancienne, à localisation plus ou moins déterminée, la

thyrotomie constituera un second temps de la trachéotomie et sera effectuée dans la même séance, après l'introduction d'une canule tampon. Cela ne veut pas dire que le succès couronne toujours l'intervention, mais certains malades en retireront une longue survie. (*Ann. des mal. de l'oreille*, mai 1901.)

Dr G. Dupond.

Quelques observations sur le traitement des corps étrangers de l'œsophage et des voies aériennes, par le Dr Lardennois.

L'auteur, ayant eu l'occasion d'observer une série de corps étrangers de l'œsophage, insiste sur les avantages que présente, en pareil cas, l'anesthésie à la cocaïne du pharynx et de l'œsophage ; anesthésie qui doit être faite largement.

Très souvent, en effet, le corps étranger est arrêté par le spasme musculaire du conduit. La cocaïnisation fait cesser ce spasme et aussitôt le corps étranger peut être mobilisé, qu'il soit rejeté au dehors ou qu'il soit simplement refoulé dans l'estomac.

Dans les cas de corps étranger du larynx, il faut parfois se hâter d'agir n'importe comment, et l'on peut se trouver embarrassé.

Un jour on porta à M. Lardennois une fillette de dix-huit mois presque en état d'asphyxie. Cela s'était produit à la suite d'irrigations faites, avec un appareil Eguisier, dans la gorge de l'enfant qui était atteinte d'angine.

Devant l'imminence du danger, il eut l'idée de pratiquer le cathétérisme des voies aériennes. Prenant une sonde de Nélaton, il l'introduisit par la narine gauche de l'enfant jusque dans le pharynx où son doigt gauche soulevait l'épiglotte et facilitait l'introduction dans la trachée.

La fillette fut mise la tête en bas et on vit s'écouler quelques cuillerées d'un liquide rougeâtre mêlé de mucosités.

La sonde fut alors retirée.

La guérison se fit sans autre incident.

L'auteur recommande, en pareil cas, ce procédé simple et efficace. (*Union méd. du Nord-Est*, avril 1901.)

Dr G. Dupond

La trachéotomie, par le Dr G. Carrière.

Après avoir défini la trachéotomie, l'auteur indique les conditions dans lesquelles on doit procéder d'emblée à la trachéotomie ou bien pratiquer d'abord le tubage, quitte à faire plus tard l'ouverture de la trachée. Il donne les indications nécessaires pour choisir le moment où l'on doit trachéotomiser; il énumère les instruments que l'on doit préparer et toutes les précautions antiseptiques dont il faut user soit vis-à-vis du malade, soit vis-à-vis de soi-même.

Dans certains cas, la chloroformisation lui semble nécessaire chez l'adulte, mais chez l'enfant diphtéritique il la croit inutile et même dangereuse.

La trachéotomie pratiquée au niveau des trois premiers anneaux de la trachée lui paraît être le procédé de choix.

Il décrit ensuite tous les temps de l'opération et donne la conduite à tenir après la trachéotomie. (*Le Nord méd.*, 15 août 1901.)

Dr G. Dupond.

OREILLES

Mastoïdites suppurées à évolution anormale, par le Dr H. Gaudier.

L'auteur rapporte deux observations de mastoïdites aiguës à forme un peu spéciale et qui lui ont paru intéressantes et par leur évolution et par leur symptomatologie.

Dans le premier cas, il s'agit d'un jeune garçon de quatre ans et demi, atteint de mastoïdite aiguë gauche consécutive à une otite moyenne aiguë, et compliquée d'un volumineux abcès dans la fosse temporale. Malgré tous ces symptômes, il n'existe pas de troubles dans l'état général. L'intervention amène une guérison rapide.

Dans la seconde observation, il s'agit d'un malade âgé de vingt-sept ans. Ce malade est porteur d'une mastoïdite aiguë droite consécutive à une otite moyenne aiguë du même côté. De plus, la paroi du conduit est soulevée par du pus auquel on donne issue; la mastoïde n'est pas douloureuse extérieurement.

A l'opération, on trouve détruite toute la paroi postérieure du conduit auditif osseux; la mastoïde est transformée en totalité en une caverne fongueuse.

Les suites furent normales.

Ainsi donc, à côté des mastoïdites classiques, il existe des formes tout aussi graves, sinon plus, mais dont la symptomatologie extérieure est peu bruyante.

Dans ces cas le chirurgien devra diagnostiquer le plus rapidement possible ces formes d'évolution normale de l'abcès mastoïdien en cours ou après une otite moyenne aiguë, afin de pouvoir opérer d'urgence.

Seule l'intervention chirurgicale peut amener la guérison de cette affection. (*Écho méd. du Nord*, juin 1901.)

Dr G. Dupond.

De la mort dans les mastoïdites par suppuration des cellules mastoïdiennes aberrantes, par MM. Stanculéanu et Depoutre.

A la suite d'une intervention sur l'apophyse mastoïde, alors que la guérison semble achevée, il arrive parfois que le malade est subitement emporté par une méningite dont la cause est une vaste cellule mastoïdienne suppurée, située à la limite postéro-supérieure de l'apophyse et séparée de l'évidement opératoire par un demi-centimètre de tissu osseux sain.

C'est dans la région osseuse qui avoisine le sinus latéral que se trouvent ces groupes cellulaires importants par leur situation et leur fréquence.

Ces cellules postérieures sont rares chez l'enfant ; on les rencontre surtout chez l'adulte et le vieillard.

D'après les auteurs, ces cellules peuvent présenter trois groupements différents :

a) Groupement postéro-supérieur, comprenant les cellules de l'angle postéro-supérieur de la mastoïde;

b) Cellules mastoïdiennes postérieures (proprement dites). Ces cellules sont situées à peu près au même niveau que l'antre;

c) Cellules mastoïdiennes postéro-inférieures. Ce sont des cellules qui sont situées au-dessus et en dedans de la rainure digastrique.

Sur 100 temporaux examinés, ces messieurs ont trouvé 40 fois des groupes cellulaires nettement postérieurs.

Dans 6 cas, il existait nettement un pont de tissu osseux

qui séparait les cellules postérieures de la paroi postérieure de l'antre.

Les cellules postérieures sont en rapport intime avec la paroi du sinus latéral; elles sont intermédiaires entre la paroi postérieure de l'antre et le sinus. Ce sont elles qui conduisent le processus suppuratif de l'antre au sinus.

Parfois, les cellules postéro-supérieures sont séparées de la dure-mère par une mince lame papyracée et, par suite, leur suppuration peut se propager très facilement aux méninges.

D'après l'étude anatomique à laquelle se sont livrés les auteurs, la fréquence de ces cellules postérieures est assez grande. Parfois, rien ne peut faire présumer leur existence. Pour empêcher qu'elles passent inaperçues, il faudrait, dans tous les cas de trépanation mastoïdienne, enlever toute la corticale externe. Ou bien, si l'on ne veut pas intervenir d'emblée d'une façon si complète, se réserver de faire sauter la corticale dans une seconde intervention, alors que la fièvre et les douleurs persistent après une première opération. (*Presse méd.*, juillet 1901.)

Dr G. Dupond.

Croissance aiguë d'une exostose du conduit *(Rapid growth of aural exostosis)*, par le Dr R. H. Stewart.

Une femme mariée vint consulter l'auteur, dix ans auparavant, pour des troubles auriculaires. Il trouva alors une petite exostose dans chaque conduit. Il y a trois ans, en opérant la même malade pour un kyste du lobe droit du corps thyroïde, il put constater que les exostoses n'avaient pas subi la moindre augmentation de volume. L'hiver dernier, elle eut une forte attaque d'influenza, avec douleurs d'oreilles et surdité consécutive. En examinant ses oreilles, il y a trois semaines, l'auteur constata que tandis que l'exostose du côté droit n'avait pas changé depuis dix ans, celle de l'oreille droite a subi une augmentation de volume énorme, de façon à obstruer tout le conduit auditif. (*British med. Journ.*, 1er juin 1901.)

Dr Jankelevitch.

Bordeaux. — Impr. G. Gounouilhou, rue Guiraude, 11.

22e ANNÉE. N° 42. 19 OCTOBRE 1901.

REVUE HEBDOMADAIRE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

PAPILLOMES DIFFUS DU LARYNX ET DE LA TRACHÉE
CHEZ UN ENFANT DE QUATRE ANS ET DEMI
TRACHÉOTOMIE. DEUX THYROTOMIES
FISSURE TOTALE DE LA TRACHÉE. GUÉRISON

Par le Dr **Léon BÉCO**, de Liège.

Le malade qui fait l'objet de cette communication a été présenté, deux mois après la dernière intervention, à la Société médico-chirurgicale de Liège, dans le but d'attirer l'attention des praticiens de médecine générale sur une affection qu'ils sont toujours les premiers et longtemps les seuls à observer, et de faire ressortir l'importance de certaines constatations, notamment l'influence, sur le développement et sur la nutrition, de la sténose respiratoire quel que soit son siège.

J'ai pensé qu'il serait également intéressant pour vous d'entendre l'histoire de ce malade rapportée avec ses divers incidents envisagés au point de vue spécial du laryngologiste, et surtout de vous permettre de faire l'examen des organes et de contrôler le résultat opératoire à une époque (sept mois) où l'on peut émettre un pronostic avec une somme sérieuse de probabilités.

Au surplus, les cas semblables ne sont pas communs. Je n'ai pas fouillé très minutieusement la littérature, mais si je m'en rapporte à ce que j'ai vu dans les classiques, dans les revues spéciales des dix dernières années, dans les grands

traités généraux de médecine et de chirurgie, dans les grands dictionnaires, etc..., autant est riche la bibliographie des papillomes *laryngiens,* autant est pauvre celle des *tumeurs trachéales* en général, celle des *papillomes trachéaux* en particulier.

Cancer de la trachée, bourgeons développés dans la cicatrice d'une trachéotomie, constituent presque toutes les observations; rares sont celles que j'ai rencontrées de papillome trachéal, et ce que j'en ai lu ne m'a pas paru éclipser l'originalité du cas complexe qu'il m'a été donné de suivre. Je vais vous le rapporter sans entreprendre l'étude complète de la question.

Observation. — Alexandre D..., quatre ans et demi, est amené à notre clinique de l'hôpital des Anglais, le *15 mars 1899,* parce qu'il est gêné de la respiration, parce qu'il est rauque, qu'il tousse et qu'il ronfle fort.

L'enfant est de taille ordinaire, mais pâle, les yeux saillants, la bouche entr'ouverte, la respiration bruyante. Il a l'aspect des adénoïdiens que nous voyons habituellement, avec une gêne respiratoire plus marquée que chez eux à l'état de veille. La nuit, cette gêne s'exagère beaucoup.

Nous notons de l'hypertrophie considérable des amygdales palatines. L'examen du pharynx supérieur, celui du larynx sont impraticables. Les narines sont relativement libres : la sténose n'est certainement pas dans leur trajet, malgré la présence d'abondantes mucosités.

La raucité a été remarquée vers l'âge de deux ans, peu de temps après une rougeole. C'est plus tard que la toux et la gêne respiratoire se sont montrées. Cette dernière a augmenté dans les six derniers mois et, depuis, l'enfant tient toujours la bouche bée.

Notre diagnostic ne fut pas plus complet que l'examen ne l'avait été ce jour-là : sténose respiratoire nasale déterminée par des adénoïdes très probables et du catarrhe naso-pharyngien; peut-être sténose respiratoire inférieure.

L'interrogatoire des parents était lui-même difficile et les renseignements fournis fort imprécis. Nous songions, du reste, vaguement à ce moment aux papillomes du larynx.

Nous nous bornons à un traitement détersif du naso-pharynx par la vaseline boriquée.

Six semaines après, le nez est plus propre, la respiration nasale est un peu plus facile pendant le jour et au commencement de la nuit; la raucité n'a pas diminué; il apparaît une sorte de tirage, comme dans les sténoses respiratoires inférieures, qui attirent davantage notre attention sur le larynx. Laryngoscopie impraticable.

Au commencement de *juillet 1899*, le toucher nous fait découvrir de volumineuses tumeurs adénoïdes. Le curettage du pharynx nasal et l'amygdalotomie double, en une séance, sous la narcose au bromure d'éthyle, sont pratiqués sans incident de narcose ni de convalescence. L'enfant reste en observation à l'hôpital. Dès les jours suivants, le «type respiratoire» change et, dans son ensemble, il s'améliore. On obtient facilement l'occlusion de la bouche, la respiration nasale s'établit régulièrement, d'où la suppression du ronflement; mais l'inspiration est longue; un peu sifflante, avec un certain degré de tirage : dépressions sus et sous-sternales ébauchées.

Une dizaine de jours après, nous parvenons enfin à faire la laryngoscopie et nous découvrons plusieurs végétations gris rosées dans la région aryténoïdienne. Leur point d'insertion nous échappe. Le diagnostic de *papillome du larynx* était dès lors certain et nous donnait l'explication des troubles respiratoires observés et superposés.

L'enfant fut renvoyé à la campagne pour se remettre et attendre le résultat du curettage du pharynx.

On a signalé la coïncidence fréquente des adénoïdes et des papillomes laryngiens et l'effet regressif provoqué parfois par l'ablation des premières sur les seconds.

Recommandation fut faite aux parents de nous ramener l'enfant s'il survenait d'autres troubles respiratoires et, en tous cas, au bout d'un mois pour réexaminer le larynx.

Trois mois après, lorsque nous le revoyons, nous apprenons que l'enfant, à peine sorti de l'hôpital, a fait une coqueluche, puis une rougeole. Heureusement tout s'est bien passé, il n'a pas eu de complication pulmonaire ni otitique : nous avons lieu de croire que cela est dû en partie au curettage du pharynx pratiqué antérieurement.

L'enfant a bonne mine; il est moins pâle, plus vivant, mais il ne s'est pas développé dans la proportion parfois étonnante que nous observons souvent après le rétablissement de la respiration nasale. Celle-ci est pourtant très bonne, mais le cornage et le tirage persistent; ils semblent même avoir augmenté en ces

derniers temps sans qu'il se soit produit d'accès de suffocation. Laryngoscopie impraticable ce jour-là.

Un mois après, les accès de suffocation font leur apparition; nous jugeons qu'il faut intervenir, sans plus tarder, contre les papillomes qui deviennent menaçants.

Le procédé idéal est l'extirpation par les voies naturelles. C'est généralement un travail difficile, long, souvent impraticable ou insuffisant, car le résultat définitif dépend à la fois de la docilité du sujet, du nombre de papillomes, de leur insertion plus ou moins accessible, de leur tendance à récidiver... Ici, comme pour les autres papillomes, ceux de la vessie par exemple, il n'est pas rare qu'une tentative d'extirpation fasse l'effet d'un véritable ensemencement. Cet écueil n'est, du reste, pas évité par les plus larges interventions par voie externe, et la suite de cette observation montrera qu'il en fut ainsi chez notre malade.

L'âge et l'intolérance de l'enfant nous ont fait renoncer d'emblée à la méthode endolaryngée, malgré les succès qu'elle compte dans de bonnes circonstances, pour nous arrêter à la médication que l'on tend à recommander aujourd'hui, la simple trachéotomie, comme seule opération ou comme premier temps d'une intervention plus targe, la laryngo-fissure consécutive. Au surplus, les avis sont très partagés, les résultats fort inconstants. Après la trachéotomie, disent en effet certains auteurs, le larynx est au repos absolu; il est pas rare de voir les papillomes régresser spontanément alors que l'extirpation incomplète en active généralement la formation. Il faut pour cela un temps qui n'est pas moindre que quatre à six mois suivant les cas. Certains auteurs attendent trois et quatre ans, jusqu'à ce que le processus papillogène soit épuisé spontanément! Ne voit-on pas aussi, en cas de multiples verrues, celles-ci disparaître spontanément un beau jour?...

Le *15 novembre 1899, trachéotomie inférieure.* —Suites normales; puis apparition d'une attaque légère d'arthrite rhumatismale qui cède rapidement au salicylate de soude. Tentatives vaines et répétées de décanulisation. Entre temps, essais de la médication iodurée sans aucun résultat.

Au bout de *huit mois*, l'obstruction du larynx paraît plus considérable qu'au moment de la trachéotomie : la moindre tentative d'obturation de l'orifice canulaire provoque immédiatement l'asphyxie.

Dans ces conditions, nous n'avions plus qu'à attaquer directement l'obstacle par l'ouverture du larynx. Les parents nous pressaient, du reste, d'intervenir.

Thyrotomie, le 16 juillet 1900.

Nous trouvons le larynx totalement comblé de masses végétantes insérées particulièrement sur les cordes vocales supérieures et dans les ventricules. Ces masses sont enlevées à la pince coupante, au bistouri, aux ciseaux, au galvanocautère. Le cartilage thyroïde est suturé au catgut, les tissus à la soie, et le tout recouvert d'un pansement.

Pas d'incident notable autre que la disjonction, le cinquième jour, des lames du corps thyroïde, sans doute par la résorption trop rapide des catguts. La réunion secondaire se fit pourtant parfaitement. Quinze jours après, la canule était enlevée sans inconvénient. A ce moment, la voix est bonne, forte, avec ce caractère un peu rude qu'ont beaucoup d'enfants qui respirent par la bouche et qui abusent de la voix dans leurs jeux. La laryngoscopie montre le larynx libre de toute production papillomateuse bien que la muqueuse soit encore congestionnée et qu'elle paraisse encore un peu inégale par place. Nous renvoyons le malade chez lui le 7 août 1900.

L'état général devient excellent; l'enfant subit une véritable poussée pendant les deux premiers mois; mais au bout de trois mois, la voix commence à perdre de sa sonorité, la respiration redevient bruyante, le tirage tend à se reproduire. En même temps, l'enfant pâlit, maigrit, redevient plus apathique. Enfin, les accès de suffocation réapparaissent. Quatre mois se sont écoulés depuis la thyrotomie. C'est à ce moment que nous revoyons le petit malade, le *23 novembre,* plus pâle, plus sténosé que jamais. Le miroir nous renseigne sur l'existence de papillomes sur les cordes vocales supérieures. Nul doute, par conséquent : il y a récidive, une nouvelle intervention s'impose. C'est là une nécessité qui se présente souvent avant la guérison définitive. On cite même le cas d'un malade qui dut être thyrotomisé dix-sept fois! Opéré et opérateurs méritaient bien le succès final!

Nous décidons de faire la *trachéotomie et la thyrotomie en une seule séance.*

Le *24 novembre,* pendant l'incision de la peau en vue d'une trachéotomie inférieure, le patient est pris brusquement d'un accès de suffocation. Je commandai d'ouvrir la bouche et de tirer la langue. La manœuvre s'exécutant avec un peu de retard, j'abandonnai le bistouri pour chercher à saisir moi-même la langue. Pendant ce temps, l'enfant était devenu littéralement bleu et, sans la rapidité de décision de mon ami Roersch, qui voulait bien, ainsi que l'adjoint du service, notre collègue Duchesne, m'assister en cette circonstance, le malade était probablement perdu. M. Roersch

bistouri et ouvrit brusquement la trachée, puis il écarta la
chéale avec deux ténaculums; à ce moment, on vit saillir
chée les deux énormes masses papillomateuses que voici,
ittendue de l'asphyxie. Elles eussent peut-être rendu bien
les tractions de la langue et les manœuvres habituelles!
e fut aisément introduite dans le canal trachéal dégagé de
masses et la respiration artificielle finit par rétablir peu à
spiration normale.
première alerte passée, nous nous mimes en mesure de
laryngofissure. La cavité laryngienne était moins remplie
de la première ouverture, mais les papillomes étaient plus
és; il y en avait notamment plus bas en de nombreux îlots :
sement imprévu de la trachée avait failli amener une
he.
fois, chacune des productions, chacun des points suspects
ttaqués *au galvanocautère*, à *l'exclusion de tout procédé*
t. Le larynx nettoyé, le cartilage cricoïde fut incisé; puis
t les anneaux supérieurs de la trachée à mesure que l'on
ait des néoplasmes plus profondément situés.
vail ne se fit pas sans peine ni sans incidents, car si l'opé-
ura une heure un quart environ, les trois quarts du temps,
gération, furent employés à faire la respiration artificielle
le par les menaces répétées d'asphyxie, par arrêt de la
on. Dans ces conditions, il était prudent de ne pas s'obs-
poursuivre ce jour-là l'extirpation des tumeurs. Le larynx
rtie supérieure de la trachée étant complètement nettoyés,
ns bornons à les tamponner à la gaze iodoformée, à fixer la
ans des conditions convenables et à mettre le pansement.
nous proposions de laisser l'enfant se remettre, puis, au
quelques jours, suivant les circonstances, de reprendre la
au point où nous l'avions arrêtée.
ré eut un peu de réaction, sans pourtant jamais présenter
tôme grave.
ut de cinq jours, nouvelle narcose : détamponnement et
ion du larynx et du bout supérieur de la trachée-artère. Le
e paraît avoir été complet dans ces régions.
sion de la trachée-artère est prolongée jusque contre la
L'isthme du corps thyroïde est sectionné entre deux
. Extirpation de nombreuses petites masses végétantes;
ent de la canule pour cautériser l'insertion des deux masses
été projetées au dehors lors de la trachéotomie; de nou-
productions suspectes apparaissant encore plus bas, l'incision

trachéale est menée *jusqu'en dessous de la fourchette sternale*, aussi bas que nous pouvons plonger le bistouri. En un point situé plus profondément encore, nous cueillons avec un anneau galvanocaustique une masse papillomateuse, grosse comme un demi-pois, située sur la paroi antérieure. C'est l'extrême limite que nous pouvons atteindre; c'est heureusement le dernier point suspect que nous apercevons.

Réintégration de la canule au bas de la fissure trachéale, tamponnement rétro-sternal pour éviter la formation d'un clapier et une fusée dangereuse, suture à la *soie* des cartilages thyroïde et cricoïde, pansement *sans suture de la peau* pour pouvoir enlever les sutures principales et surveiller la trachée contre la repullulation éventuelle des papillomes. Nous comptons faire la suture secondaire de la peau après l'enlèvement des fils de soie.

Malgré l'effrayante étendue de l'ouverture de l'arbre respiratoire, la gravité du traumatisme et les accidents opératoires, les suites ne présentèrent aucun incident inquiétant. Il y eut seulement une série de petits accès de fièvre vespéraux sans que l'état général en parût sensiblement touché. Le lendemain de l'opération, on ne se serait pas douté de tout ce qu'avait souffert ce pauvre petit bonhomme. L'alimentation fut facile dès le premier jour et l'appétit ne tarda pas à se réveiller. Au bout de huit jours au plus, la voix commença à revenir.

A la fin de la première semaine, les cartilages sont réunis et les sutures sont enlevées. Le bourgeonnement comble la béance des tissus, la plaie trachéale elle-même se referme spontanément dans de bonnes conditions, à ce point que nous ne jugeons pas indispensable de faire la suture secondaire de la peau. En réprimant les excès de bourgeonnement, nous laissons le tout se refermer « comme une plaie de trachéotomie ordinaire ». Nous ne soutiendrons pas que la méthode soit préférable à la suture immédiate aussi complète que possible. Nous avons été, en ce cas, guidé par les circonstances. Nous vous avons montré le résultat après avoir fidèlement rapporté ce qui a été fait. Nous avons nous-même été étonné de ce que nous avons vu, c'est-à-dire de la simplicité des suites opératoires.

En quinze jours, l'enfant n'était pas à reconnaître, tant il avait repris bonne mine malgré ses secousses, la fièvre du début et une alimentation forcément réduite dans les premiers jours. La voix devint de plus en plus sonore et portante.

La *canule enlevée le neuvième jour*, la dernière fistule se ferma grâce à quelques attouchements au nitrate d'argent.

Le 6 janvier 1901, Alexandre D... est renvoyé chez lui avec une mine florissante.

A ce moment, le larynx est absolument libre; les cordes vocales ont leur mobilité normale et un aspect bien plus régulier que nous ne l'eussions espéré après les brèches que nous y avons faites; la commissure antérieure est un peu large, au lieu de former un angle aigu; la voix est sonore, encore un peu rauque; la paroi trachéale antérieure est légèrement épaissie au niveau de la cicatrice.

Nous avons revu l'enfant le *10 avril*, quatre mois et demi après la dernière opération : la voix était bonne, le larynx libre de toute production suspecte, la respiration parfaite; l'enfant a beaucoup grandi dans les deux derniers mois, sa santé s'est sérieusement améliorée.

Aujourd'hui (2 juin), vous pouvez juger qu'il a une mine excellente; vous entendez sa voix forte, toujours un peu dure; vous voyez que la cicatrice de la *trachéo-fissure totale* n'est pas bien différente comme aspect de celui d'une trachéotomie ordinaire, bien qu'il soit visible que l'incision a été menée jusque sur le sternum; enfin, j'enregistre avec bonheur l'opinion émise par les collègues compétents qui, après examen laryngoscopique, déclarent l'enfant guéri et selon beaucoup de vraisemblance à l'abri d'accidents.

Il y a sept mois et quelques jours que l'extirpation radicale des papillomes a été pratiquée. Nous avions à redouter comme suites éloignées, à la fois une nouvelle repullulation des néoplasmes et des désordres de rétraction cicatricielle d'autant plus à appréhender que le traumatisme opératoire a été plus étendu. Tout paraît pour le mieux aujourd'hui et le pronostic est devenu plus favorable[1].

Réflexions générales. — Ce cas de papillomes du larynx, tel qu'il l'était exclusivement, à mon avis, lorsque j'ai vu le malade pour la première fois, s'est développé dans des conditions classiques.

Les papillomes sont apparus dans le jeune âge, vers deux ans; l'influence d'une maladie infectieuse, la rougeole, semble bien s'être fait sentir, sinon sur leur origine, au moins sur

1. Fin septembre 1901, la guérison se maintenait parfaite (11 mois).

leur développement ; enfin, ils coexistaient avec l'hypertrophie des amygdales palatine et pharyngée.

La superposition des sièges de sténose respiratoire — sténose nasale, sténose laryngienne, la première facile à vérifier, la seconde beaucoup plus rare, moins présente à notre esprit, impossible à contrôler par la laryngoscopie — rendait le diagnostic précis fort difficile à établir à première vue. Au reste, on nous a présenté l'enfant après une poussée inflammatoire dont les abondantes sécrétions muco-purulentes restaient le témoignage.

Nous avons d'abord cherché à supprimer le catarrhe ; puis nous avons dégagé le nez et le pharynx, escomptant pour l'avenir un effet bienfaisant sur la lésion laryngienne soupçonnée, mais non encore constatée. Ce n'est que dix jours après le curettage pharyngien et l'amygdalotomie que nous avons pu voir au miroir la cause de la sténose inférieure et faire le diagnostic ferme de papillomes laryngiens.

La suite n'a pas répondu à nos désirs : le curettage du pharynx a été sans effet. Probablement même, les maladies qui survinrent aussitôt, coqueluche et nouvelle fièvre rubéolique, n'ont-elles fait qu'exaspérer le processus papillomateux par la congestion et la fatigue de l'organe.

L'apparition des accès de suffocation ne nous permettait pas de temporiser davantage sans assurer la respiration.

La *trachéotomie inférieure* n'eût pas eu meilleure influence sur la marche de l'affection, bien que l'on ait signalé des cas de guérison consécutive à cette seule intervention. Il nous a paru que huit mois d'attente étaient un délai suffisant. Nous avons constaté que pendant ce temps, malgré le repos, malgré le curettage du pharynx, les néoplasmes n'avaient fait que progresser. Pendant ce temps aussi, nous avons administré de l'iodure sans plus de succès.

La *thyrotomie* n'a rien présenté de spécial si ce n'est la disjonction des lames du cartilage le cinquième jour. Entre elles faisait saillie une tumeur molle, fluctuante, qui disten-

dait les tissus et la cicatrice cutanée. Une ponction au bistouri donna du mucus presque pur et des bulles d'air. Cela suffit pour faire disparaître définitivement cette mucocèle et la fixation des lames du thyroïde par des bandelettes de sparadrap permit une consolidation rapide du cartilage laryngien.

Je pense que cet accident serait évité, si, contrairement à ce que j'avais fait, on ne dénudait pas trop le cartilage avant de l'inciser et si, après avoir suturé les lames au catgut, on consolidait la réunion par des sutures intéressant les tissus qui recouvrent directement le cartilage, avant de suturer la peau.

Pour nous donner du jour, nous avions sectionné transversalement les membranes crico-thyroïdienne et thyro-hyoïdienne, qui ont l'une et l'autre été suturées.

Lors de la seconde thyrotomie, nous nous sommes assuré que ces diverses parties étaient convenablement cicatrisées.

La *fissure totale de la trachée,* bien que nous l'ayons pratiquée en deux séances à cause des circonstances que nous avons rapportées dans l'observation, ne nous parait pas une opération plus difficile ni beaucoup plus redoutable que la trachéotomie ordinaire ou la thyrotomie.

Dès l'instant où la canule est placée dans le bas de la trachée, on est très à l'aise pour ouvrir et curetter la portion supérieure, y compris le larynx, s'il y a lieu.

Nous ne nous sommes pas servi de *canule-tampon spéciale.* Une simple languette de gaze enroulée autour de la canule ordinaire a suffi, après un ou deux essais, à réaliser une occlusion sûre de la portion inférieure de la trachée.

Au reste, dans les dernières séances de curettage, nous nous sommes exclusivement servi du couteau ou de l'anneau *galvanique.* Je crois cette pratique recommandable. Je lui vois l'avantage de l'hémostase extemporanée, qui supprime les manœuvres d'étanchage, les froissements de la muqueuse laryngo-trachéale, la filtration des liquides dans la poitrine. Je suis porté à admettre aussi que l'éradication se fait plus

sûrement si on la fait attentivement, et que les récidives sont moins probables qu'après l'usage de la curette ou de tout instrument sanglant.

La cautérisation de la base d'implantation est une assurance contre la repousse sur place; le ratatinement et la destruction d'une portion de masses néoplasiques — que l'on enlève, par surcroît, sans les faire saigner — sont des conditions favorables pour éviter les greffes à distance.

C'est dire que j'attribue en bonne partie le succès définitif à l'exérèse des néoplasmes par la galvanocaustie, et que d'autre part j'incrimine, en partie du moins, la récidive après la première thyrotomie à l'emploi de la méthode sanglante.

Il est d'observation générale, dans la grande chirurgie, que l'extirpation d'une masse papillomateuse, même unique, est trop souvent suivie de la récidive des néoplasmes en sièges multiples.

Je ne pense pas que l'explication absolue en soit donnée; mais il n'est pas douteux qu'il faille faire intervenir, pour expliquer cette sorte d'ensemencement, à la fois le morcellement, le déchiquetage de la tumeur et, d'autre part, le traumatisme inévitable, peut-être même des lésions invisibles dues aux manœuvres, et, en tout cas, l'inflammation des tissus circonvoisins avec les fissures de l'épithélium protecteur qui l'accompagnent.

Dans le cas qui nous occupe, la plaie trachéale primitive, le port de la canule pendant huit mois, avaient réalisé les conditions favorables à la greffe néoplasique. Aussi avons-nous trouvé les deux plus grosses masses dans la trachée, à la place occupée si longtemps par la canule.

Ici donc, la trachéotomie et le port prolongé de la canule paraissent avoir été des circonstances qui favorisèrent la récidive des papillomes et leur extension imprévue à la trachée. C'est dire encore que je considère les papillomes trachéaux comme secondaires, c'est-à-dire ultérieurs à l'exis-

tence des papillomes laryngiens, voire amenés par la médication qui avait été dirigée contre ceux-ci. En tout cas, nous n'en avions pas vu trace ni lors de la trachéotomie, ni lors de la thyrotomie, ni dans lès examens alors que le larynx était dégagé. Le rétablissement parfait de la respiration dans les premiers mois suivants plaide encore en faveur de cette opinion. Ils ne se sont révélés par aucun symptôme propre, ils n'ont été découverts qu'au cours de l'opération.

Je reconnais que notre manière de voir sur ces divers points n'est pas absolument démontrable, mais elle résulte des déductions que l'observance des faits nous force à admettre logiquement dans notre cas. Au surplus, des faits analogues sont rares et l'enseignement qui en découle doit fatalement s'appuyer sur des points mal établis que la conception individuelle autorise à envisager différemment. Je ne désire pas faire ici état de doctrine nouvelle, mais soumettre les réflexions qui m'ont été suggérées pour que la controverse qu'elles peuvent provoquer les épure et éclaircisse un chapitre intéressant de thérapeutique chirurgicale.

Serait-il possible, en présence d'un malade porteur de papillomes laryngiens et trachéaux, d'entreprendre la cure radicale en une séance?

Nous pensons que oui. Il n'est pas impossible que l'on puisse terminer le tout en une fois et, cela va sans le dire, c'est désirable.

J'ai déjà dit que notre premier essai de traitement des papillomes laryngiens par la *trachéotomie simple* avait vu, en ce cas, des effets décevants, voire désastreux.

Faut-il la rejeter toujours?

Je ne me prononcerai pas d'une façon catégorique sur cette pratique qui a parfois réussi, mais dans des conditions normales je ne m'en contenterai pas volontiers.

D'une façon générale, la *trachéotomie préalable*, pratiquée plusieurs jours avant une laryngo-fissure ou une trachéo-fissure étendue, doit-elle être systématiquement rejetée?

Cela dépend absolument des circonstances.

Deux principales doivent guider notre conduite et elles sont tirées de l'appréciation de l'état général du sujet.

1° Le malade est affaibli, épuisé par l'*anoxhémie;* je ne dis pas simplement « asphyxié ». En ce cas, la trachéotomie, en rendant au patient une quantité d'air normale, lui permettra de reprendre des forces en très peu de temps, et le mettra dans des conditions infiniment meilleures pour résister à une séance prolongée de narcose et à un traumatisme opératoire important.

Pour se convaincre de cela, il s'agit de songer à la transformation rapide et considérable qui se produit généralement chez de malheureux cancéreux ou tuberculeux du larynx que la trachéotomie sauve d'abord de la mort imminente par asphyxie, et auxquels elle rend, pour un temps parfois très long, une apparence de santé illusionnante.

2° Le malade est robuste, l'état général est encore bien conservé, il n'a que des accidents aigus, passagers de suffocation. En ce cas, la trachéotomie préalable n'aurait d'autre utilité que de raccourcir la durée du curettage laryngien ou laryngo-trachéal. C'est déjà une circonstance qui n'est pas toujours à dédaigner, mais, pourtant, rien n'empêche de tenter le tout en une seule séance.

Bien évidemment, le nombre, le siège des tumeurs à extirper entreront en ligne de compte dans la supputation du temps nécessaire et des difficultés à vaincre. Malgré la réunion des chances les plus favorables, il peut survenir des incidents de narcose, des accidents respiratoires, des difficultés imprévues — nous en avons, nous, rencontré de multiples ; — en ce cas, il est toujours temps de s'arrêter, comme nous l'avons fait, et de reprendre après quelques jours le travail suspendu...

Le larynx et la portion supérieure de la trachée ont été tamponnés à la gaze iodoformée pendant cinq jours et seulement réunis alors. Le tamponnement a été parfaitement

toléré et la réunion secondaire s'est faite sans difficulté, en sorte que la seconde séance s'est terminée comme si le programme eût été exécuté en une fois.

Si j'avais affaire à un cas de papillome récidivant, après un ou deux échecs de curettage par voie externe, je n'hésiterais pas à tamponner le canal laryngo-trachéal, me réservant de le suturer lorsque j'aurais la conviction qu'il n'y a pas apparence de récidive.

Ce que j'ai dit de l'emploi de la galvanocaustie et ce que je viens de dire du tamponnement vise, bien entendu, l'attaque du processus local. S'il y a, comme certains faits paraissent le faire admettre, un processus papillogène ou verrucogène interne, général, nous ne pouvons pas l'atteindre. Si ce processus général, encore aujourd'hui mystérieux et seulement soupçonné, est un jour mis en évidence, j'espère que la nature essentielle du mal une fois découverte, le remède ne tardera pas non plus à être décelé. Alors la médication générale aura peut-être le pas sur la médication locale?...

Dans les manœuvres nombreuses que nous avons exécutées dans le larynx et dans la trachée, notre tâche nous a paru grandement facilitée par quelques applications de cocaïne pour adjoindre les effets de l'anesthésie locale et la suppression des réflexes à l'action de l'anesthésie générale.

Nous avons, à maintes reprises, chez notre opéré, observé de l'arrêt respiratoire peu d'instants après la cocaïnisation, ce qui nous forçait de faire quelques mouvements de respiration artificielle, d'ailleurs promptement efficaces. Je ne sais si cela a été noté par les chirurgiens qui conseillent la combinaison des deux anesthésies, notamment Moure, de Bordeaux, et je me garderai même d'incriminer *a priori* la cocaïne. Nous avons, malgré cela, tous si bien constaté son utilité que plusieurs fois le chloroformisateur en voyant l'enfant parfaitement tranquille, l'a laissé s'éveiller sans que celui-ci poussât une plainte. Chez un adulte ou chez un malade raisonnable, la chloroformisation pourrait

aisément être suspendue pendant une partie importante de l'opération.

Conclusions. — Nous pourrions résumer nos réflexions dans les propositions suivantes :

1° Notre malade portait à la fois des tumeurs adénoïdes, des amygdales hypertrophiées et des papillomes laryngiens.

2° Les papillomes trachéaux sont consécutifs ; ils ont peut-être débuté pendant le port de la canule, mais ils se sont surtout développés après la première thyrotomie.

3° Les papillomes laryngiens sont justiciables avant tout du traitement endo-laryngien lorsque celui-ci est applicable dans de bonnes conditions ; dans le cas d'insuccès, la simple trachéotomie nous paraît offrir peu de garantie de guérison : tant que nous ne sommes pas en possession d'une médication interne efficace, mieux vaut pratiquer d'emblée la laryngo-fissure.

4° Les papillomes trachéaux primitifs et spécialement ceux qui sont consécutifs aux papillomes laryngiens sont rarement attaquables par les voies naturelles. Il convient de les atteindre par la trachéo-fissure, que l'on fera aussi étendue que l'exigera le siège des tumeurs.

5° Si l'extirpation complète des masses néoplasiques n'est pas certaine ou si le curettage par voie externe est suivi de récidives, il est préférable de ne pas s'obstiner à suturer immédiatement le tube laryngo-trachéal dans les opérations ultérieures, mais de le tamponner pendant un temps variable et d'en faire la suture secondaire lorsque l'on a la conviction qu'il n'y a pas apparence de récidive. La suture n'a pas besoin d'être faite dans toute l'étendue de la brèche trachéale.

6° Pour l'enlèvement et la destruction des papillomes, le galvanocautère offre de nombreux avantages sur la méthode sanglante et augmente les chances de non-récidives sur place ou à distance.

7° L'opération se fera en une ou plusieurs séances suivant la résistance du sujet.

8° Les manœuvres endolaryngo-trachéales par voie externe sont rendues plus faciles par des applications de cocaïne pendant la narcose chloroformique.

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE DE LONDRES

Séance du 8 mars 1901.

M. E. Cresswell Baber, président.

M. Felix Semon. — **Un cas de tumeur maligne du larynx traitée par la thyrotomie et l'ablation de la région envahie par le néoplasme. Malade présenté sept mois après l'opération** *(A case of malignant disease of the larynx in a man acted 47, treated by thyrotomy and removal of the diseased area, shown seven months after operation).*

M. F. J. B..., âgé de quarante-sept ans, a été adressé à l'auteur en juillet 1900 par le Dr Maguire, de Stoney Stratford, pour un enrouement qui datait de plusieurs mois. Cet enrouement était le seul symptôme. A l'examen, on trouva la corde vocale droite très tuméfiée à sa partie moyenne et ulcérée en avant. L'ulcération s'étendait jusque dans la cavité sous-glottique; la mobilité de la corde droite était fortement atteinte, celle de la gauche parfaite. L'iodure de potassium n'a produit aucun effet, et la thyrotomie a été pratiquée le 16 juillet 1900. A l'ouverture du larynx, on put constater que le néoplasme était beaucoup plus diffus qu'il ne le paraissait à l'examen laryngoscopique. Non seulement il occupait toute la moitié droite du larynx, ayant complètement détruit la corde droite, mais il s'étendait encore au-dessous de la commissure antérieure, vers la partie antérieure de la cavité sous-glottique, après avoir envahi la portion antérieure de la face inférieure de la corde gauche. Partout ailleurs il était bien circonscrit. La tumeur une fois enlevée, on constata qu'elle avait profondément infiltré le cartilage thyroïde. La portion envahie de ce dernier a été enlevée en même temps qu'une zone de tissu apparemment

sain, et le reste énergiquement curetté, de sorte que partout on pouvait voir du cartilage sain. Considérant l'état venant d'être décrit, les chances de récidive paraissaient plutôt douteuses. L'examen microscopique fait par M. Shatteck montra que la tumeur était un carcinome à cellules squameuses typiques. Le malade se rétablit sans incidents et rentra chez lui le 26 juillet, dix jours après l'opération.

Quatre mois plus tard, M. Cecil Powell, de Stoney Stratford, communiqua, de la part de M. Maguire, que l'état du malade était très satisfaisant; sa santé générale s'est notablement améliorée; il a augmenté de poids, et la voix, qui avait complètement disparu, est devenue un peu plus forte.

Quand M. Semon revit le malade, le 11 février, c'est-à-dire sept mois après l'opération, il le trouva, comme à présent, en excellente santé; il n'y avait pas trace de récidive, et la voix, quoique enrouée encore, avait considérablement augmenté de force. A la phonation, le restant de la corde gauche dépassait quelque peu la ligne médiane, et ce n'est qu'en avant qu'elle atteignait le bord cicatriciel, qui remplaçait la corde droite enlevée.

M. LE PRÉSIDENT, au nom de la Société, félicite M. Semon du succès de son cas dont le résultat est des plus satisfaisants.

M. DE SANTI demande à M. Semon quel est le pourcentage des guérisons absolues dans les cas opérés par lui. Il connaît le pourcentage général, mais il serait heureux d'avoir des renseignements sur les chiffres individuels.

M. SEMON espère que la voix de son malade continuera à s'améliorer. Son expérience personnelle lui permet d'affirmer que l'amélioration continue jusqu'à la fin de la première année et voire même plus tard dans quelques cas. En réponse à M. de Santi, il dit qu'à l'exception de ces derniers cas et notamment de ceux des dix-huit derniers mois qui ne sont pas encore catalogués, le pourcentage de ses guérisons permanentes était de 83,3.

M. BENTHAM ROBINSON. — **Spécimen de kystes par rétention des follicules lymphoïdes de la vallécule** *(Specimen of retention cysts of the lymphoid follicles of the vallecula).*

Il s'agit d'un homme de vingt-cinq ans qui se plaignait d'avoir une tumeur dans la gorge et d'éprouver de temps à

autre des douleurs dans le cou. A l'examen, à l'aide d'un dépresseur de la langue et du miroir laryngoscopique, on constata la présence de masses blanchâtres à la base de la langue, se détachant au-dessus du niveau de la muqueuse et situées sur le bord externe de la vallécule; sur le côté droit se voyait une grosse masse unique, des dimensions d'une pièce de six pence; à gauche, il y en avait trois plus petites. Les tumeurs ont été enlevées sous cocaïne, à l'aide de pinces et de ciseaux. L'examen histologique a parfaitement confirmé le diagnostic clinique : les tumeurs étaient des kystes formés de tissu tonsillaire avec des produits de rétention dans les follicules.

M. Bentham Robinson. — **Cas de laryngite chronique avec épaississement de la partie postérieure du cricoïde** *(Case of chronic laryngitis with thickening aver the cricoid posteriorly).*

Le malade, âgé de quarante-quatre ans, se plaignait de douleurs derrière le cou et à la déglutition. Pas d'antécédents tuberculeux ou syphilitiques; il ne toussait ni maigrissait. La voix était rauque et faible. L'examen a fait constater une laryngite catarrhale chronique avec gonflement marqué des parties molles sur la ligne médiane en arrière et une infiltration sous-glottique circonscrite des vraies cordes vocales. L'application de chlorure de zinc a fait disparaître tous les symptômes et signes du catarrhe, à l'exception du gonflement postérieur.

M. Bentham Robinson. — **Deux cas de perforations récentes du cartilage de la cloison** *(Two cases of recent perforations of the septal cartilage).*

Le premier cas était d'origine tuberculeuse et avait trait à un jeune homme de vingt ans qui, en janvier 1899, fut pris d'une obstruction des deux fosses nasales. Peu après un écoulement s'est établi, d'abord de la narine droite et ensuite de la gauche. Pas de douleurs, excepté quand les fosses nasales étaient complètement obstruées par des croûtes.

Au commencement de février 1901, on trouva à l'examen rhinoscopique une perforation circulaire de la cloison cartilagineuse, à bords épaissis et recouverte de granulations exubérantes grisâtres. Celles-ci ont été curettées, touchées à l'acide

lactique au vingtième et badigeonnées avec une pommade iodoformée. Sous l'influence de ce traitement, une amélioration notable n'a pas tardé à se produire.

Le second cas concernait un mécanicien de quarante-trois ans qui se plaignait d'un écoulement de la narine droite. A l'examen, on trouva les deux côtés du cartilage de la cloison recouverts de croûtes noires, mais pas de trace de perforation. Petit éperon angulaire du côté gauche.

A la tempe droite existait un petit bouton induré; il y avait aussi une adénite préauriculaire et cervicale. Pas d'antécédents tuberculeux, mais histoire vague de syphilis remontant à près de dix-huit ans.

Lors du deuxième examen, seize jours plus tard, on constata une perforation ovalaire du cartilage, sans épaississement des bords; l'adénite cervicale était en voie de s'abcéder.

La question qui se pose ici est de savoir si la perforation, limitée qu'elle était au cartilage seul, était due à un traumatisme ou si la syphilis a joué quelque rôle dans sa production.

M. C. Baber dit que le premier cas est incontestablement d'origine tuberculeuse; le second cas peut être une lésion syphilitique ou une perforation simple. L'os n'y est pas mis à nu et la perforation est entièrement limitée au cartilage, ce qui plaiderait en faveur d'une perforation simple.

M. Dundas Grant demande si M. Robinson a vu le cas à sa période gommeuse.

M. B. Robinson dit que lorsqu'il vit le malade pour la première fois, il trouva à la place où est actuellement située la perforation une masse noire qui ressemblait beaucoup à du cartilage perforé. A ce moment-là, il n'y avait aucune cavité. Lors du deuxième examen, la perforation existait et présentait déjà sa forme et ses dimensions actuelles. L'adénite cervicale suppurée peut bien être d'origine syphilitique.

M. Bentham Robinson. — Un cas de sarcome (?) de la langue et du pharynx *(A case of sarcoma (?) of tongue and fauces)*.

La malade, femme mariée, âgée de quarante-neuf ans, vint consulter pour la première fois le 20 février dernier et fournit les renseignements suivants :

Jusqu'il y a un mois elle n'a noté aucun symptôme; à cette

que, sa gorge s'ulcéra et quelque chose lui parut y avoir
é; il y eut une légère hémorragie qui ne s'est plus repro-
e. La patiente n'avait ni douleurs ni dyspnée, mais à
ure que la tumeur augmentait de volume, la déglutition de
ides et de solides devenait plus difficile. Sa santé générale
parfaite. Pas d'antécédents syphilitiques ou tubercu-

'examen révéla à la partie postérieure de la langue une
éfaction circulaire dont les bords faisaient saillie d'un
ième de pouce au-dessus de la surface de la langue. La
eur s'étendait en bas et en arrière, envahissant la région
gdalienne gauche. Les mouvements de la langue étaient
arquablement bien conservés, et la tumeur n'avait évidem-
t pas pénétré profondément dans la substance de la langue.
urface de la tumeur ne paraissait pas ulcérée et le 20 février
y avait qu'un léger engorgement ganglionnaire à l'angle
ı mâchoire.

epuis cette époque, la malade s'aperçut que les ganglions
ôté gauche devenaient de plus en plus gros et se pressaient
ne masse unique. L'anatomo-pathologiste qui examina la
eur au microscope la considéra comme un sarcome mixte,
pour M. B. Robinson il n'était pas improbable qu'il s'agit
un syphilome. En faveur de cette hypothèse plaidaient
de la malade, son parfait état de santé, l'accroissement
le de la tumeur, l'absence de douleurs et l'invasion tardive
anglions. Étant donnés ces faits, l'auteur prescrivit l'iodure
otassium qui, au bout d'une huitaine de jours, avait amené
certaine amélioration.

SPENCER pense que par l'aspect clinique et les caractères
oscopiques, le cas est une gomme.

F. SEMON demande si l'absence de douleur ne serait pas en
r de la syphilis.

B. ROBINSON répond que la tumeur a été dénommée sarcome
que tel a été le résultat de l'examen microscopique; mais,
nnellement, il croit plutôt à la nature syphilitique.

M. Havilland Hall. — Paralysie de la corde vocale gauche en position cadavérique; paralysie faciale droite et paralysie du génio-glosse droit et de la moitié gauche du voile du palais *(Case of a male acted 26 with the left vocal cord in the cadaveric position; right facial paralysis and paralysis of the right genio-hyoglossus and the left half of the soft palate).*

T. J..., vingt-six ans, caporal au 6e régiment de lanciers, a fait cinq ans et demi de service aux Indes et est resté depuis dans le Sud-Africain. N'a pas eu de fièvres. En juillet 1900, rhumatisme aigu, avoue une blennorragie, mais nie la syphilis.

Le malade a fait la guerre du Transvaal. Deux jours après s'être embarqué à Cape Town pour l'Angleterre, il éprouva pour la première fois une difficulté à la déglutition. Celle-ci augmenta progressivement et atteignit son maximum au bout d'une quinzaine. Deux jours après avoir débarqué à Southampton, il nota un embarras de la parole, très prononcé à l'heure actuelle. Cet embarras de la parole a également augmenté peu à peu et est resté ensuite stationnaire pendant neuf jours. Cette période a été aussi marquée par l'apparition pour la première fois d'une toux sèche et saccadée dont le malade était très tourmenté au moment de son admission à l'hôpital. Avant d'y être entré, il ignorait avoir une paralysie faciale et il ne s'en est aperçu qu'après qu'on le lui eut appris.

Pas de céphalées, ni convulsions, ni troubles vésicaux ou rectaux pendant le développement de la maladie actuelle, et il est digne de remarque qu'à aucun moment le malade n'a été obligé de s'aliter ni rendu impotent pendant la manifestation de ces symptômes.

État du malade à l'admission. — Pas de maux de tête, ni vomissement, ni névrite optique. Intelligence conservée; pas d'aphasie. La parole est manifestement atteinte. Difficulté de prononcer les labiales et les linguales. Enrouement marqué de la voix.

Réaction à la lumière et à l'accommodation conservée; pas d'ophtalmoplégie d'aucune sorte ni de nystagmus. Paralysie complète de tout le territoire du facial droit; surdité droite. Paralysie du génio-glosse droit. La langue ne peut être

tournée du côté gauche. Paralysie du côté gauche du voile du palais. Corde gauche en position cadavérique.

Les deux sterno-mastoïdiens et les trapèzes ont conservé leurs actions. Faiblesse marquée du côté droit du corps (des deux membres). Réflexes rotuliens abolis; réflexes plantaires normaux; pas de trépidation épileptoïde.

Pas de troubles sensoriels d'aucune sorte. Sensibilité émoussée de la gorge, du palais et de la paroi postérieure du pharynx.

L'ensemble des symptômes relatés a suggéré l'idée d'une polio-encéphalite subaiguë diffuse comme cause probable de l'affection. Le malade a pris de l'iodure et du mercure à hautes doses, mais sans aucune amélioration apparente dans son état.

M. Pegler. — **Cas de déviation extrême de la cloison du coté droit ayant déterminé une obstruction unilatérale presque complète** *(Case of extreme deflection of septum to right side, causing almost complete unilateral obstruction in a male acted 20).*

Dans ce cas, il existait une déviation considérable de l'os nasal droit avec décoloration et épaississement. Le malade réclamait des soins bien plus contre la défiguration de la face que contre l'obstruction nasale et la faiblesse de sa voix. Chute à l'âge de trois ans. Le but de M. Pegler en présentant le malade est de savoir si, dans un cas de déviation aussi prononcée que celle-ci, on peut espérer un bon résultat d'une opération économique ou s'il est préférable d'employer un des procédés modernes de traitement des déviations par fracture et redressement forcé de la cloison.

M. Herbert Tilley pense que le meilleur traitement serait de scier la saillie de la fosse nasale droite. L'opération d'Asch ne lui paraît pas convenir à ce cas, parce que la fosse nasale gauche n'est pas déjà trop large pour respirer librement et l'opération d'Asch la rétrécira encore davantage sans beaucoup modifier le côté droit. Ce qui est surtout intéressant dans ce cas, c'est le grand épaississement de l'os nasal du côté droit. A en croire le malade, cet épaississement existait déjà au moment de la chute qui a provoqué la déviation. D'après lui, il s'agirait ici d'un de ces cas de

périostite traumatique de l'os dont plusieurs exemplaires avaient été déjà antérieurement présentés à la Société.

M. PEGLER répond qu'il essayera d'abord de scier la saillie osseuse, car dans des cas semblables il a obtenu de meilleurs résultats par ce procédé qu'à l'aide de l'opération d'Asch ou d'une de ses modifications.

L'emploi prudent d'attelles doit entrer pour une part importante dans le traitement post-opératoire.

M. PEGLER. — **Un cas de tumeur maligne (extrinsèque) du côté gauche du larynx chez un homme de cinquante-six ans** *(Case of malignant disease (extrinsic of the left side of the larynx in a male acted 56).*

Il existait ici un engorgement ganglionnaire considérable du même côté du cou. L'auteur voudrait connaître l'opinion de ses collègues relativement à une extirpation complète, le malade consentant à subir cette opération.

M. DE SANTI est d'avis qu'il ne faut pas intervenir. Le malade présente, sur le côté gauche du cou, une grosse masse de ganglions durs et immobiles. Il est certain que plus profondément on trouvera d'autres ganglions engorgés qu'il sera impossible d'enlever, ce qui rend l'extirpation complète de la tumeur absolument impossible.

M. JOBSON HORNE. — **Un cas de tumeur maligne de l'amygdale** *(Case of malignant disease of the tonsil).*

Le malade, âgé de soixante ans, affirme que les premiers symptômes de l'affection dont il est atteint datent de cinq mois. Au début, il souffrait du côté droit de la gorge d'une douleur qui s'exagérait à la déglutition; la douleur augmentait progressivement, et à présent la déglutition est difficile et très pénible.

Des deux côtés du cou, on constate un engorgement ganglionnaire considérable et une tuméfaction très nette au niveau de l'angle de la mâchoire. Trismus partiel de la mâchoire; la projection de la langue est impossible. L'amygdale droite est tuméfiée, dépasse la ligne médiane, et sa surface est le siège d'une ulcération à bords épaissis. L'ulcération s'étend sur le voile du palais.

Tout récemment, le malade éprouva des douleurs dans la région de l'amygdale gauche. Pas d'antécédents syphilitiques apparents. Le malade a toujours été sobre; n'abusait pas d'alcools et ne fumait qu'une demi-once de tabac par semaine. Depuis le 26 février, il prend 1ᵍ50 d'iodure de potassium par jour. Le traitement paraît lui avoir procuré du soulagement.

(A suivre.) TRIVAS.

BIBLIOGRAPHIE

Atlas des maladies du nez, du naso-pharynx et des cavités accessoires *(Atlas der Krankheiten der Nase, ihrer Nebenhöhlen und des Nasenrachenraumes)*, von Privatdocent Dr P. H. GERBER.

M. Gerber, privatdocent à Kœnigsberg, nous présente la quatrième livraison de son intéressant Atlas, comprenant d'abord l'image des tumeurs fongueuses des fosses nasales ou du naso-pharynx. Le chapitre suivant, consacré aux papillomes et aux ostéomes, nous montre sous différents aspects ces sortes de néoplasies nasales. Une coupe antéro-postérieure du crâne indique le siège habituel de ces sortes de dégénérescences et l'aspect sous lequel elles se présentent dans l'intérieur des cavités du nez.

Le chapitre XIX est consacré aux tumeurs malignes de cette région : le fibro-sarcome et le sarcome sont représentés avec beaucoup d'exactitude, on y trouve même un cas de mélano-sarcome, tumeur extrêmement rare dans les fosses nasales ou le cavum pharyngien, mais qu'il est intéressant de connaître. Enfin, les différentes manifestations des tumeurs malignes, soit sur le nez lui-même, soit sur les os, font l'objet de la vingtième planche, qui est d'une vérité presque saisissante. La dernière est consacrée aux kystes, aux lipomes, aux corps étrangers, elle contient même un cas d'ectopie dentaire venant faire saillie sur le plancher du nez, dans le méat inférieur.

Ce fascicule forme la suite de l'intéressante publication commencée par M. Gerber. Elle constituera un document intéressant dans l'anatomie pathologique illustrée des régions

spéciales qu'elle est destinée à représenter. (Berlin, Verlag von S. Karger, 1901.)

International directory of laryngologists and otologists, par le Dr RICHARD LAKE.

Sous ce titre, M. Lake nous présente un petit volume contenant le nom et l'adresse des médecins qui se livrent à l'étude ou à la pratique de la laryngologie et de l'otologie dans les différents pays. L'auteur a bien soin de nous apprendre, dans sa préface, qu'il ne peut garantir d'une façon absolue l'absence de toute erreur dans une pareille compilation. Il donne en même temps la signification des différentes abréviations dont il s'est servi pour faire précéder ou suivre le nom des divers spécialistes cités dans son travail. Au début, il fait le relevé des périodiques consacrés d'une façon spéciale à l'étude des maladies du larynx, des oreilles et du nez dans le monde entier.

Il est malheureusement impossible de publier un opuscule de cette importance sans qu'un certain nombre d'erreurs se glissent dans sa rédaction. C'est ainsi qu'on trouvera encore quelques noms de praticiens décédés depuis un temps plus ou moins long. Malgré ces quelques lacunes, ce petit livre est intéressant à consulter et à posséder dans sa bibliothèque. (London, Rebman Limited, 129 Shaftesbury avenue, Cambridge Circus W. C., 1901.)

REVUE GÉNÉRALE ET ANALYSES

BOUCHE ET PHARYNX BUCCAL

Ulcérations superficielles des amygdales et des piliers *(Oberflächliche Ulcerations, processes an den Mandeln und Gaumenbagers)*, par M. NÖRREGAARD.

Il s'agit d'une malade qui depuis quelque temps souffrait d'un mal de gorge et avait eu même des ganglions tuméfiés dans la région du cou. Les amygdales recouvertes de mucosités paraissaient légèrement tuméfiées et ulcérées. La luette et une

partie des piliers étaient rouges et couvertes de granulations qui ressemblaient un peu à celles de l'angine herpétique. Quelques granulations analogues sur la paroi postérieure du pharynx. Quelques jours plus tard il se forma, sur le côté du cou, un abcès ganglionnaire qui fut incisé. Dès que l'abcès fut vidé, les ulcérations du pharynx disparurent. Lorsque la malade se présenta de nouveau quelque temps plus tard, elle avait un nouvel abcès au cou et de nouvelles ulcérations dans le pharynx. L'auteur croit pouvoir considérer ces ulcérations superficielles comme le point de départ des abcès, et toute l'affection lui paraît de nature tuberculeuse. (*Monats. f. Ohrenheilk.*, août 1901.)

Dr JANKELEVITCH.

LARYNX ET TRACHÉE

Paralysie récurrentielle bilatérale chez une tabétique *(Doppelseitige posticuslähmung bei einer Tabetischen)*, par M. le Dr VINCENT.

La malade, âgée de soixante ans, commença, à l'âge de quarante ans, à éprouver des troubles pendant la miction, eut quelques accès apoplectiformes, fut atteinte de diplopie avec obscurcissement de la vue; elle présentait depuis cette époque une exagération des réflexes tendineux, et éprouvait des douleurs lancinantes et des contractures dans les jambes. Sept ans auparavant, elle fut atteinte de tuméfaction et autres troubles articulaires au niveau des genoux, de fourmillements aux pieds et d'incontinence d'urine et de matières fécales. Le début de son affection laryngée remontait au 28 août 1893 et survint à la suite d'une frayeur qu'elle avait éprouvée ce jour-là. Elle devint immédiatement enrouée. L'enrouement variait de degré et se changeait quelquefois en aphonie complète. La déglutition devint pénible en même temps, les liquides refluant par le nez, et la malade éprouvait dans la gorge une sensation de froid intense. Au bout de trois ans, l'enrouement disparut complètement et presque subitement. En même temps que l'enrouement, elle avait éprouvé le premier accès de dyspnée inspiratrice et cette dernière persiste jusqu'à ce jour. Les accès étaient plus au moins forts, survenaient tantôt le jour, tantôt la nuit. L'otoscopie et la rhinoscopie ne révèlent rien d'anormal. Il

existe une légère atrophie de la moitié droite de la langue, dont les mouvements d'ailleurs s'accomplissent d'une façon normale. Mouvements du voile du palais réguliers et symétriques. Les cordes vocales sont dans un état d'adduction très prononcée, de sorte que la glotte est considérablement rétrécie, même pendant l'inspiration; le début de cette dernière est accompagné d'une fermeture complète de la glotte, par rapprochement des cordes vocales, et vers la fin seulement les cordes s'écartent l'une de l'autre, de façon à laisser une fente ne dépassant pas 3 millimètres. Les bords libres des cordes sont presque parallèles, et la glotte paraît aussi large en avant qu'en arrière. La voix n'est pas enrouée, mais est un peu faible, se transforme facilement en voix de fausset; la parole est coupée par une inspiration bruyante, rappelant le chant du coq. C'est pendant le sommeil surtout que l'inspiration est bruyante, tandis que l'expiration s'accomplit d'une façon normale. La malade a souvent des crises laryngées légères. Il existe de la parésie atrophique des muscles sterno-cléido-mastoïdien et trapèze, dont la réaction électrique est très faible. Les pulsations sont de 120. L'état reste stationnaire depuis quelques années. La malade est obligée de garder le lit à cause de troubles articulaires au niveau des genoux. (*Monats. f. Ohrenheilk.*, août 1901.)

Dr JANKELEVITCH.

Rétrécissement de la trachée à la suite d'une ulcération gommeuse au niveau de la bifurcation *(Strictura tracheae in Folge einer gummösen Ulceration)*, par le Dr SCHMIEGELOW.

Femme âgée de vingt-six ans, atteinte de toux persistante et de troubles respiratoires survenant par accès. A toujours été bien portante, niait d'abord toute possibilité d'infection syphilitique, mais avoua plus tard qu'elle avait, en effet, contracté la syphilis neuf ans auparavant et subi un traitement antisyphilitique. Au mois de juin 1900, elle a commencé à tousser, mais sans cracher. La toux survenait par accès, aussi bien la nuit que le jour. Plus tard, elle commença à expectorer des masses jaune verdâtre qui avaient une mauvaise odeur. Quelque temps après, elle éprouva des troubles respiratoires qui la gênaient, surtout lorsqu'elle était couchée sur le dos ou sur le

côté droit. Quand elle s'est débarrassée de ses mucosités, la respiration est moins gênée. L'auscultation ne révèle rien d'anormal; la malade est bien constituée, robuste. Sa figure exprime un peu la souffrance. Respiration bruyante aux deux temps. Les troubles respiratoires s'aggravent lorsque la malade fait des mouvements. Voix normale, déglutition indolore, rien d'anormal au niveau du cou. A la laryngoscopie, on trouve le larynx et la partie supérieure de la trachée sains; mais, dans la partie inférieure de celle-ci, on aperçoit une tumeur irrégulière, ulcérée, située immédiatement au-dessus de la bifurcation et ayant pour point de départ la paroi antérieure gauche de la trachée. On prescrit le traitement mixte, et, pour soulager la toux, des inhalations de morphine. Il se produisit une légère amélioration. La malade ayant ensuite un peu négligé de se soigner et s'étant en outre enrhumée, son état s'aggrava de nouveau. Il existe actuellement une sténose permanente de la partie inférieure de la trachée; mais, tant que la malade n'est pas enrhumée, les troubles respiratoires sont très légers. (*Monats. f. Ohrenheilk.*, août 1901.)

Dr JANKELEVITCH.

OREILLES

De la paralysie faciale dans l'otite moyenne suppurée au début *(Ueber Facialisparese in frühen Stadien der Otitis media suppurativa)*, par le Dr R.-H. KENNAN.

Même dans les hôpitaux où l'on soigne les maladies éruptives aiguës, on observe l'inflammation aiguë de l'oreille moyenne dans 12 o/o des cas de scarlatine. Cette inflammation est due incontestablement à une propagation de l'infection du pharynx, et toutes les tentatives d'obtenir la désinfection complète de celui-ci dans la scarlatine ont échoué jusqu'ici. Les gargarismes ne dépassent jamais les piliers antérieurs. La douche nasale présente d'autres inconvénients : tantôt elle est impossible à pratiquer, tantôt elle ne contribue qu'à chasser dans la trompe les microorganismes que renferme le pharynx.

Beaucoup d'auteurs partagent cet avis que la paralysie faciale, au cours de l'inflammation de l'oreille moyenne, n'est nullement l'indice d'une nécrose de la substance osseuse qui entoure le nerf, car on observe des paralysies faciales dans les

cas où l'os est incontestablement sain, mais serait due plutôt à l'inflammation ou de la corde du tympan ou des fines artères qui l'accompagnent, ou à la pénétration de l'infection dans le canal de Fallope par une déhiscence congénitale; dans cette dernière éventualité, il se produirait une exsudation séreuse ou purulente qui comprimerait le nerf facial. Dans ces conditions, la paralysie faciale deviendrait un signe inquiétant, et la guérison spontanée a peu de chances de se produire.

L'auteur n'accepte pas cette explication et cite, à l'appui de son opinion, les quelques cas suivants :

1° Enfant de quatre ans. Paralysie faciale au dix-septième jour de la scarlatine, le douzième de l'otorrhée. Paracentèse de la membrane du tympan, sans issue de pus. Disparition rapide de la paralysie.

2° Enfant de deux ans et demi, tombe malade le 18 novembre, récidive le 14 décembre, avec albuminurie et engorgement ganglionnaire. Au commencement de janvier, otorrhée suivie huit jours plus tard de paralysie faciale qui disparaît rapidement alors que l'otorrhée existait encore, à un degré léger, il est vrai, le 16 mars.

3° Enfant de quatre ans. Quatorze jours après le début de la scarlatine et deux jours après celui de l'otorrhée, survient une paralysie faciale qui existait encore en partie trois mois plus tard.

Dans tous les cas, le traitement avait consisté en saignées locales, douches nasales et irrigations buccales, insufflations dans l'oreille d'acide borique, diète fortifiante, etc. (*Med. Press*, 3242, 1901.)

Dr JANKELEVITCH.

Un cas de labyrinthite syphilitique secondo-tertiaire. Guérison, par le Dr CROUZILLAC, de Toulouse.

Il s'agit d'un homme de quarante-trois ans qui, ayant contracté la syphilis, présenta, cinq mois et demi après l'accident initial, tous les symptômes d'une labyrinthite syphilitique avec phénomènes cérébraux.

Les manifestations secondaires ayant été très légères et bénignes, de plus, le sujet étant à l'âge et dans les conditions voulues pour faire rapidement du tertiarisme, il était donc

permis de croire qu'on se trouvait en présence d'accidents secondo-tertiaires.

Sous l'effet du traitement spécifique, l'amélioration ne tarde pas à se manifester et, quelques mois après, la guérison est complète.

Il y a surtout de remarquable, dans ce cas, la rapidité avec laquelle la syphilis a envahi le labyrinthe et le résultat obtenu par le traitement. (*Ann. des mal. de l'oreille*, août 1901.)

Dr G. Dupond.

Des indications de la paracentèse du tympan *(Ueber die Indikationen der Trommelfellschnitts)*, par le Dr Richter.

Depuis que cette opération a été introduite dans la pratique otiatrique, ses indications n'ont jamais été nettement posées ou ont donné lieu à des malentendus. Le succès obtenu par elle devenait toujours plus rare et plus douteux, et l'opération finit par tomber dans le discrédit. Le grand mérite de Schwartze a été de l'arracher de l'oubli lorsque, dans son travail intitulé : *Études et observations sur la perforation de la membrane du tympan*, et publié en 1867, il s'appliqua à donner aux indications de la paracentèse une base anatomo-pathologique. L'auteur énumère ensuite les indications qui ont été posées par différents auteurs et trouve que, jusqu'au milieu du XIXe siècle, on pratiquait la paracentèse principalement dans le but d'améliorer l'ouïe.

Le rétrécissement de la trompe d'Eustache et les anomalies de la membrane du tympan ne constituent plus que dans des cas rares des indications pour la paracentèse.

L'existence d'exsudats, aigus ou chroniques, dans la caisse, ne justifie la paracentèse que dans les cas où, en présence d'un état général bon, il est impossible d'en obtenir la résorption par des moyens différents. Il en est de même de toutes les inflammations aiguës de la caisse. La rétention d'une sécrétion purulente aiguë ou chronique constitue, au contraire, une indication vitale pour la paracentèse. On peut en dire autant de l'indication de Schwartze, qui préconise la paracentèse comme un moyen antiphlogistique dans la myringite aiguë où existe une tuméfaction considérable, accompagnée

de douleurs insupportables de la membrane du tympan, qui présente une coloration rouge livide. Cette affection doit être considérée comme une inflammation autonome de la voûte, avec ou sans participation de la caisse proprement dite. Une paracentèse énergique de la membrane flaccide est de nature à prévenir les suppurations chroniques à terminaison souvent fatale, qu'on observe dans ces cas, avec fistule au niveau du pôle supérieur de la membrane du tympan. A part celle-ci, toutes les autres indications ne présentent aucune valeur. (*Münch. med. Wochens.*, n° 33, 1901.)

Dr JANKELEVITCH.

NOUVELLES

~~ **Nomination.** — Nous apprenons avec plaisir que le Dr Gordon King vient d'être nommé par la Faculté de la Nouvelle-Orléans professeur d'otologie, de rhinologie et de laryngologie, à la Policlinic School of Medecine.

Nous adressons à notre confrère nos bien cordiales félicitations à l'occasion de cette nomination si bien méritée.

~~ Un **Premier congrès égyptien de médecine** se tiendra au Caire, du 10 au 14 décembre 1902, sous l'auguste patronage de S. A. le Khédive. L'organisation de ce Congrès a été notifiée par la voie diplomatique à toutes les puissances étrangères.

Les travaux du Congrès porteront spécialement sur les affections particulières à l'Égypte, telles que : la bilharzia, l'ankylostome duodénal, la fièvre bilieuse, les abcès du foie, etc. Les questions relatives aux épidémies qui visitent régulièrement l'Égypte depuis quelques années et menacent par elle les ports méditerranéens, ainsi que les mesures prophylactiques, les quarantaines, seront l'objet de rapports et de communications inscrits à l'ordre du jour.

Les médecins d'Europe sont conviés par leurs confrères d'Égypte à assister aux réunions du Congrès.

Le programme définitif des travaux du Congrès sera communiqué ultérieurement, ainsi que les facilités de voyage et les réductions qui auront été obtenues pour MM. les Congressistes.

Présidents d'honneur du Congrès : Drs ABBATE PACHA, PINCHING, RUFFER ; — *Président du Congrès,* Dr IBRAHIM PACHA HASSAN ; — *Secrétaire général du Congrès,* Dr VORONOFF.

Sections. — Sciences médicales, Dr Comanos Pacha, président; — Sciences chirurgicales, Dr H. Milton, président; — Ophtalmologie, Dr Mohamed bey Eloui, président.

PROGRAMME PRÉLIMINAIRE

Rapports et communications inscrites à ce jour. — Abcès du foie, Drs Cartoulis, Voronoff (Drs Colloridi, Comanos Pacha, Legrand); — Alcoolisme et ses progrès en Égypte, Dr de Becker; — Ankylostome duodénal, Dr Loos; — Bilharzia-hoematobia: Drs Ruffer, Goebel, H. Milton (Drs Sandwith, Colloridi, Trekaki); — Cardiopathie en Égypte, Dr de Semo; — Causes de cécité en Égypte, Dr A. Osborne; — Dysenterie, Drs Cartoulis, Hess Bey (Drs Crendiropoulo, Engel Bey).

Épidémies en Égypte. — Prophylaxie et moyens de les combattre, Dr Bitter; — L'eunuchisme (notes physiologiques), Dr Abbate Pacha; — Fièvres paludéennes, Drs Dreyer, Fornario; — Filariasis en Égypte, Dr Madden; — Folie par haschisch. Dr Warnock; — Granulations conjonctivales en Égypte, Drs Lakah, Sameh Bey; — Granulations conjonctivales chez les élèves des écoles, Dr Eloui Bey; — Hernies en Égypte, Dr Latis; — L'hydrocèle en Égypte et sa cure, Dr Colloridi; — La médecine en Égypte et chez les Arabes, Dr Eïd; — La médecine en Éthiopie, Dr N. Parissis; — Myxœdème en Égypte, Dr Brossard; — Ophtalmie dite égyptienne, Drs Démétriadès, Voilas (Dr Sameh Bey); — Ophtalmie purulente, Dr Lakah; — Peste, Dr Gotschlich; — Tuberculose en Égypte, Dr Ibrahim Pacha Hassan (Drs Eïd, Sandwith).

Communications diverses par les Drs Ghanem Bey, Von Hebentantz, Meyer, Musso, Nasra Bey, Symmers, Smith, etc.

De nouvelles sections seront créées ultérieurement; il pourra en résulter quelques modifications dans l'organisation actuelle du bureau.

— XIVe Congrès de l'Association française de chirurgie, tenu à Paris du 21 au 26 octobre 1901.

PROGRAMME DES QUESTIONS SE RAPPORTANT AUX MALADIES DES ORFILLES, DU NEZ ET DU LARYNX

Crâne. — M. Villar, de Bordeaux, Des procédés opératoires pour l'extirpation du ganglion de Gasser; — M. Suarez de Mendoza, de Paris, Trépanation mastoïdienne, ses modalités opératoires, ses indications; — M. Laurens, de Paris, Abcès extra-dural avec pachyméningite d'origine otique; évidement du rocher; guérison.

Face, bouche, larynx. — M. Gangolphe, de Lyon, De la résection du trépied orbitaire dans la chirurgie de l'orbite et de la face; — M. Masse, de Bordeaux, Kyste de la bulle ethmoïdale; — M. Morestin, de Paris, Traitement opératoire du lupus; extirpation des lésions et autoplastie; — M. Girard, de Berne, De l'uranostaphylorraphie; — M. Morestin, de Paris, Traitement du cancer de la langue; — M. Moure, de Bordeaux, Sur quelques cas de chirurgie trachéo-laryngée.

Bordeaux. — Impr. G. Gounouilhou, rue Guiraude, 11.

22e ANNÉE. N° 43. 26 OCTOBRE 1901.

REVUE HEBDOMADAIRE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

DE LA PERFORATION DU TYMPAN
COMME MOYEN DE DIAGNOSTIC ET DE PRONOSTIC DANS LES SURDITÉS[1]

Par le Dr Pierre BRUNEL, de Paris.

Les surdités survenant d'une façon insidieuse et progressive sans cause locale ou générale apparente sont trop souvent classées parmi les scléroses de l'oreille. Nous croyons que la plupart de ces otites dites scléreuses ne sont que des otites moyennes sèches consécutives à des catarrhes méconnus et, par conséquent, passibles non d'une absolue guérison, mais d'une amélioration notable. Cette confusion fréquente est certainement due aux erreurs d'interprétation des différentes épreuves dont le spécialiste dispose pour éclairer son diagnostic. Sans entrer ici dans la critique des épreuves de Weber, de Rinne, etc., il nous a paru important de démontrer que l'importance attachée par tous les otologistes à l'existence ou à l'absence de la perception osseuse ne nous paraît pas justifiée. Dans bien des cas d'otite moyenne sèche, comme on peut le voir dans les observations suivantes, la perception osseuse a disparu entièrement ou presque, on ne peut manquer dans ces conditions de porter le diagnostic de panotite scléreuse à pronostic grave. Cependant si, par un

1. Travail reçu le 17 mai 1901.

procédé quelconque, on vient à améliorer la perception aérienne, la perception osseuse reparaît et devient quelquefois excellente : il n'y avait donc pas panotite, mais bien seulement otite sèche, avec parésie du nerf auditif consécutive à un manque d'activité fonctionnelle. Dans ces conditions nous croyons qu'un seul moyen permet de poser un diagnostic précis, c'est de pratiquer la perforation exploratrice du tympan.

Pour obtenir une perforation aussi large que possible, nous incisons le tympan tout le long de la paroi postérieure du cadre. Nous obtenons ainsi un large volet qui peut être soulevé et qui permet de se rendre compte de l'état de la caisse. L'anesthésie locale pratiquée au moyen du mélange de Bonain [1] de Brest suffit pour obtenir une insensibilité passagère. Il est évident que cette petite opération doit être faite d'une façon absolument aseptique.

Trois résultats immédiats peuvent se produire.

1° L'audition est diminuée ;

2° L'audition n'est ni diminuée ni améliorée ;

3° L'audition est plus ou moins améliorée.

1° *L'audition est diminuée.* — Aussitôt l'incision pratiquée le malade dit entendre moins. Dans ces cas aucune hésitation n'est possible, ce n'est plus seulement la caisse qui est atteinte mais le labyrinthe; ce ne sont plus des brides, des ankyloses qui empêchent la transmission de l'audition, mais une sclérose de tout l'organe, une panotite. Après l'incision du tympan, les ondes sonores n'arrivent plus au niveau de l'étrier et, à une cause de surdité, sclérose, on en ajonte une autre, flaccidité du tympan, ce qui a pour résultat de diminuer l'acuité auditive.

2° *L'audition n'est ni améliorée ni diminuée.* — L'acuité auditive reste ce qu'elle était auparavant. Il ne peut être

1. Cocaïne. . . . . } parties égales.
Menthol . . . . . }
Acide phénique neigeux . . . . }

question ici de panotite, dans ce cas nous aurions eu comme précédemment un résultat plus ou moins négatif. Dans les surdités où l'incision exploratrice n'améliore pas l'audition, sans toutefois la diminuer, il est presque certain que l'obstacle à la perception des ondes sonores siège au niveau de l'étrier, qui est maintenu en place par des brides fibreuses ou osseuses. Il sera d'ailleurs facile de le vérifier en exerçant des tractions et des pressions sur la chaîne au moyen d'un crochet passé derrière le manche du marteau. Les mouvements de la platine de l'étrier produisent une sensation spéciale de bouillonnement accompagnée de vertiges et quelquefois de syncope. S'il y a ankylose de l'étrier, ces phénomènes ne se produiront pas.

3° *L'audition est plus ou moins améliorée.* — Dans les cas simples où il y a seulement épaississement du tympan avec quelques brides, l'audition est immédiatement améliorée dans des proportions plus ou moins sensibles par la perforation exploratrice. Les ondes sonores viennent directement frapper l'étrier mobile et le malade entend mieux. On peut alors se rendre un compte exact des lésions et savoir dans quelle partie la chaîne est immobilisée.

Cette perforation exploratrice rend donc les plus grands services, puisqu'elle seule permet de poser le diagnostic d'otite sèche ou de panotite. Comme on peut le voir par les observations suivantes, il est, en effet, souvent difficile par les épreuves ordinaires de poser un diagnostic précis; souvent dans les vieilles otites moyennes sèches la perception osseuse n'existe plus (obs. II et III) et il devient alors impossible de les diagnostiquer d'avec les panotites (obs. I). Dans les trois observations qui suivent, on peut voir que les résultats donnés par les expériences courantes sont les mêmes : Weber du côté de la mauvaise oreille, Rinne mieux entendu par la voie cranienne que par la voie aérienne, absence de perception osseuse, et cependant l'audition a été améliorée et la perception osseuse est apparue de nouveau chez deux de ces malades.

OBSERVATION I. — *Panotite.*

M. L..., âgé de quarante ans, vient me consulter pour une surdité remontant à vingt ans. La surdité a débuté par l'oreille gauche, sans douleur, sans écoulement antérieur, pas de coryza ni de maux de gorge, augmentant progressivement. Le malade dit que l'oreille droite n'est devenue sourde que depuis un an seulement.

Antécédents personnels. — Rhumatismes fréquents.

Antécédents héréditaires. — Mère et sœur sourdes.

Les bruits sont plutôt rares, le malade perçoit quelquefois un bruissement sourd qu'il compare au bruit de coquillage.

Résonance de la voix à gauche.

Audition paradoxale des plus nettes.

Le valsalva dégage l'oreille.

Les voix graves sont mieux entendues que les voies aiguës.

Pas de vertiges.

Perception aérienne à la montre : *Or. dr.* : contact; *or. g.* : nulle.

Perception cranienne à la montre : *or. dr.* et *or. g.* : nulles.

Weber à gauche, du côté de la mauvaise.

Rinne + sur le crâne.

Diapasons : la^3 la^4 ne sont pas entendus; *la* normal, bien entendu.

L'épreuve de Gellé ne donne aucun résultat.

Examen. — Les tympans sont normaux, sans tache calcaire ni adhérence, ils sont mobiles dans toute leur étendue.

On pratique l'incision du tympan à gauche, l'audition est immédiatement diminuée. Devant ce résultat le diagnostic de panotite s'impose.

OBS. II. — *Otite moyenne sèche.*

Mlle G..., âgée de cinquante et un ans. La malade nous est adressée le 1er mai 1899, elle se plaint de bourdonnements continuels et de surdité très avancée.

Jusqu'en 1899, Mlle G... n'avait jamais été malade; à cette époque elle prit l'influenza. A la suite de cette affection, sans aucune douleur du côté des oreilles, la malade éprouva de très violents bourdonnements dans l'oreille droite; elle les comparait tantôt à un bruit sourd de chemin de fer, tantôt au son aigu du sifflet d'un train entrant en gare. A cette époque, les bruits ne sont pas continuels, mais cependant assez forts pour empêcher la malade de dormir ou la réveiller brusquement au milieu de la nuit. Quelque temps après, un bourdonnement continuel apparaît dans l'oreille gauche. La malade prétend que ce sont les bruits qui

la rendent sourde d'autant que dans la rue, en voiture, elle entend mieux; quand elle rentre chez elle, dit-elle, il lui semble être beaucoup plus sourde. *L'audition paradoxale* est donc très nette.

Perception aérienne, montre : *or. dr.* et *or. g.*, nulle.

Perception aérienne, remontoir de la montre : *or. dr.*, 4 centimètres; *or. g.*, 7 centimètres.

Voix haute et forte : 10 et 15 centimètres.

Diapasons : *do*3, nul des deux côtés; *sol*3, *ré*4, *mi*5, entendus des deux côtés à 1 centimètre de distance et pendant quelques secondes.

Perception osseuse à la montre : nulle des deux côtés, même au remontoir.

Weber : médian, peut-être un peu plus à droite.

Rinne, + sur le crâne.

Gellé : la perception cranienne du son n'est pas modifiée, mais la compression énergique de l'air dans le conduit provoque un état syncopal.

Examen objectif. — Tympans blanchâtres, absolument insensibles aux attouchements, manches attirés en dedans.

Au spéculum pneumatique, tympans peu mobiles.

Malgré l'absence de perception osseuse, malgré l'ancienneté de la surdité, dix ans, on fait l'incision exploratrice des tympans que l'on trouve épaissis.

Perception aérienne au remontoir de la montre : *or. dr.*, 20 centimètres au lieu de 4; *or. g.*, 30 centimètres au lieu de 7.

On pose donc le diagnostic d'otite moyenne sèche et une intervention est décidée.

Juin. — On opère l'oreille droite par le conduit externe. Ablation du tympan et de la chaîne, effondrement du mur de la logette. Une curette est passée dans la caisse pour enlever quelques adhérences au niveau de l'étrier. Quinze jours plus tard, même opération à gauche.

Juillet. — L'audition va s'améliorant de jour en jour, surtout quand les caisses sont légèrement humides.

Les bruits ont totalement disparu.

Perception aérienne, montre : *or. dr.* et *or. g.*, tic-tac au contact; au remontoir *or. dr.* et *or. g.*, plus de 2 mètres.

Voix haute et forte entendue à plus de 1 mètre, alors qu'elle n'était perçue que près du pavillon.

Perception osseuse devenue très bonne des deux côtés au tic-tac de la montre.

Nous revoyons la malade un an après, en février 1900; l'audition

s'est conservée bonne à gauche, mais a diminué à droite. De ce côté, en effet, un tissu de cicatrice a remplacé le tympan, il est enlevé et l'audition redevient ce qu'elle était après l'opération.

Obs. III. — *Otite moyenne sèche.*

Mme D..., âgée de quarante-deux ans, vient consulter en février 1899. Depuis l'âge de vingt-cinq ans, à la suite d'un catarrhe des deux caisses, bourdonnement dans les deux oreilles, que la malade compare à un bouillonnement continuel, plus fort le soir, quelquefois si intense que la malade ne peut dormir.

L'état général est excellent, la malade pèse au moins 90 kilog.

Quelques vertiges.

Perception aérienne, montre : *or. dr.*, contact ; *or. g.*, 1 centimètre.

Voix : la voix forte est entendue à 10 centimètres.

Diapasons : *do* 3, nul ; *sol* 3, *ré* 4, *mi* 5, entendus à 5 centimètres.

Perception osseuse nulle des deux côtés.

Weber, médian.

Rinne, + sur le crâne.

Audition paradoxale.

Gellé : ne donne aucun résultat, mais les pressions améliorent l'audition.

Examen. — A droite, épaississement du tympan, en haut on voit une vésicule produite par une partie atrophiée ; à gauche, le tympan est blanchâtre, mais moins épaissi.

L'incision exploratrice du tympan droit donne une légère amélioration.

L'intervention est décidée.

Ablation du tympan et de la chaîne.

Perception aérienne à la montre : *or. dr.*, 20 centimètres ; *or. g.*, 25 centimètres.

La voix haute est entendue à 1 mètre. Quinze jours après l'intervention, la perception osseuse est apparue de nouveau des deux côtés.

On revoit la malade en février 1900, un an après l'intervention ; l'amélioration s'est maintenue [1].

1. Ces deux dernières observations ont déjà été publiées : *De l'otite sèche et son traitement chirurgical.* (Thèse de Paris, 1900, Dr Brunel.)

ÉVOLUTION LENTE DE CERTAINS CANCERS DU LARYNX

Par le Dr E. KRAUS, de Paris.

Schwartz, dans son remarquable livre sur les tumeurs du larynx, publie un tableau statistique de 108 cas de cancers du larynx dans lesquels l'unique intervention faite avait été la trachéotomie.

Il ressort de cette statistique que la survie après cette opération ne dépassait pas deux ans dans la grande majorité des cas; deux cas seulement vécurent trois ans, un seul ne succomba que quatre ans après la trachéotomie.

Il nous paraît donc justifié de publier le cas suivant dans lequel le malade ne succomba que cinq ans et demi après la trachéotomie, d'autant plus que la marche de la maladie différait à plusieurs points de vue de celle des cancers ordinaires du larynx.

Observation. — La maladie débuta, au commencement de 1891, par un enrouement qui s'accentua de plus en plus et qui, au mois de septembre 1892, était devenu une aphonie complète. A cette époque, le malade (qui se trouvait alors en Autriche) fut pris de deux accès de suffocation tels que la trachéotomie fut faite d'urgence. Le malade retourna en France quinze jours après cette opération, et c'est alors que nous le vîmes pour la première fois.

L'examen laryngoscopique ne fut possible qu'à l'aide de la cocaïne et donna le résultat suivant: Grande tumeur d'un rouge grisâtre et d'une surface bosselée siégeant au niveau de la bande ventriculaire gauche et obturant complètement la glotte. L'aspect de la tumeur était celui de certains vieux papillomes à couche épithéliale épaisse.

Le *29 septembre 1892*, nous enlevâmes une grande partie de cette tumeur, mais le seul examen laryngoscopique offrant des difficultés énormes, nous fûmes obligé d'opérer de la façon suivante: Cocaïnisation de la base de la langue, du palais, du pharynx et du larynx; introduction de l'index de la main gauche jusqu'au

1. Travail communiqué à la Société française de laryngologie, mai 1901.

point à toucher la tumeur; introduction de la pince tranchante de Gouguenheim sous et le long du doigt introduit et ablation de la tumeur en nous guidant du doigt. La pièce extirpée fut examinée par notre regretté confrère Henry Morau, à l'école de médecine, au laboratoire de M. Duval. L'examen fait sur 14 coupes donna le résultat suivant: Épithéliome lobulé, perlé, pavimenteux stratifié.

L'histologiste ajoutait que le pronostic du cas était sans doute mauvais, étant donné que le caractère pavimenteux des cellules épithéliales semblait indiquer que le point de départ de la tumeur avait été la corde vocale et que la tumeur tendait donc à s'étendre puisqu'elle avait envahi la bande ventriculaire.

Vu l'âge avancé du malade (soixante-dix-huit ans) on ne pouvait songer à une extirpation chirurgicale et radicale du cancer, nous nous contentâmes donc d'instituer un traitement interne par l'administration régulière et suivie d'arsenic sous forme de liqueur de Fowler et de combattre la végétation excessive de granulations au niveau de la plaie trachéale. Ces granulations formaient une véritable calamité en rendant l'introduction de la canule trachéale de plus en plus difficile, voire dangereuse.

Il advint, en effet, le *31 octobre 1892*, une hémorragie trachéale formidable, que nous ne pûmes arrêter qu'au bout de trois heures d'efforts assidus. A cette époque, c'est-à-dire environ un mois après notre extirpation, la tumeur avait repris son volume antérieur au point de nous obliger de retirer le petit clapet de la canule trachéale que nous avions jugé à propos de placer après notre intervention.

L'examen du larynx par la laryngoscopie ordinaire était devenu tout à fait impossible, cependant il nous était possible d'observer la tumeur par le bas en introduisant un tout petit miroir par l'ouverture trachéale. De cette façon, nous étions à même de constater que la tumeur siégeait bien à gauche, qu'elle pivotait autour d'un axe antéro-postérieur et qu'elle obturait le larynx en totalité. Il n'y avait aucune lumière visible.

L'état général du malade s'améliora cependant de jour en jour. En 1893 et en 1894, le malade expectora à trois reprises des parties de sa tumeur. L'une d'elles, de la grosseur d'un petit pois (expectorée le *12 mars 1894*), fut soumise à l'examen microscopique (Dr de Christmas) dont le résultat fut identique à celui de 1892. Les morceaux expectorés répandaient une odeur nauséabonde et étaient en état de suppuration évidente. A la suite de ces éliminations spontanées, l'aspect de la glotte (toujours examinée par le bas) changea considérablement. Il se fit une large lumière et ce

qui restait de la tumeur paraissait se rétrécir journellement. Le malade pouvait de nouveau supporter le clapet et l'amélioration s'accentuait; nous remplaçâmes le clapet par un bouchon solide que le malade supportait admirablement jour et nuit. Il respirait donc uniquement et sans gêne par la glotte naturelle.

Avec l'amélioration de la respiration il se fit un changement de la voix qui, en 1892 et surtout en 1893, avait pour ainsi dire complètement disparu.

Le malade pouvait de nouveau parler, quoique d'une voix rauque, lui qui pendant deux ans avait été obligé d'écrire pour se faire comprendre.

Au commencement de 1898, la laryngoscopie inférieure nous démontra que toute suppuration avait cessé, la glotte était libre, la corde droite très mobile et intacte; à la place de la corde gauche on voyait une espèce d'épaississement fusiforme qui ne bougeait pas, et qui ne ressemblait, ni par sa forme ni par son aspect, à l'ancienne tumeur.

Étant donnée cette amélioration inespérée, nous songions sérieusement à enlever la canule trachéale qui était devenue inutile lorsque le malade eut la fâcheuse idée de s'exposer à la pluie en se rendant à l'enterrement d'un ami. Il contracta une broncho-pneumonie qui l'enleva en quelques jours à l'âge de quatre-vingt-quatre ans et cinq ans et demi après la trachéotomie (5 mars 1898).

Il est regrettable que l'on n'ait pu pratiquer l'autopsie, qui, sans doute, aurait fourni des détails curieux sur l'état de l'ancienne tumeur.

L'observation que nous venons de publier nous confirme dans l'opinion que nous avons émise au dernier Congrès international de médecine, que la connaissance du caractère histologique des tumeurs est insuffisante pour en déduire la marche clinique de l'affection. Ce qui, au point de vue du pronostic, est à rechercher est le type clinique des tumeurs, type qui dépend, entre autres facteurs que nous ignorons, de l'état général du malade, de sa force de résistance, de son âge. Dans notre cas il s'agissait d'un homme d'une vigueur peu commune, peut-être l'administration ininterrompue de l'arsenic avait-elle contribué à lui conserver ses forces, à le rendre capable de lutter contre son cancer.

UN CAS
DE
FLUX SUPPLÉMENTAIRE DE MENSTRUATION
PAR LES OREILLES[1]

Par le Dr **M. MANGAKIS**, spécialiste à Athènes.

Jugeant ce cas digne d'être communiqué, je le relate ici.

Tout d'abord parce que la plupart des gynécologistes, les Allemands surtout, n'admettent point le flux menstruel supplémentaire, tandis que le cas en question plaide éloquemment en faveur du parti de ceux qui l'admettent.

Ensuite parce que ce flux menstruel supplémentaire s'est manifesté par les oreilles, ce qui se rencontre très rarement, ces sortes d'hémorragies ayant lieu en d'autres organes, tels que poumons, estomac, intestin, nez.

J'ai deux fois observé sur la même personne ce flux menstruel par les oreilles : la première fois vers le mois d'octobre 1899, et la deuxième ces derniers jours (mars 1900).

Observation. — J'ai été appelé auprès de la malade, une fille de dix-huit ans, pour des douleurs intenses à la région de l'oreille droite, qui lui venaient par accès, surtout le soir; ces douleurs, très aiguës, duraient de quatre à cinq heures et étaient suivies d'un écoulement de sang en gouttes par l'oreille souffrante droite; après cela, il survenait d'abord la diminution, puis la suppression des douleurs, pour que tout revînt le lendemain.

A part ces douleurs et cette otorragie, la malade se plaignait encore d'une lourdeur de tête et de tintements de l'oreille malade, suivant, pour la durée, celle des douleurs. Ces douleurs ayant cessé, la malade ne se plaignait plus d'aucun autre trouble. Cet état dura environ quinze jours, puis la malade n'eut plus le moindre dérangement.

D'abord, les douleurs commençaient par devenir plus légères, lorsque l'hémorragie consécutive de l'oreille s'arrêta; ensuite, les douleurs elles-mêmes, devenant de plus en plus légères, cessèrent avec les autres incommodités.

1. Communication faite à la Société médicale d'Athènes le 18 mars 1900.

C'est le tableau que présentent ordinairement différentes maladies des oreilles, affections de l'oreille externe ou moyenne, ainsi que de l'oreille interne; aussi, lorsque, pour la première fois, je fus appelé auprès de la malade, ai-je supposé qu'il était question d'un mal d'oreille quelconque; mais après examen minutieux de l'oreille, je l'ai trouvée, à ma grande surprise, dans un état normal; le conduit auditif externe, ainsi que le tympan, parfaitement intacts, ne présentaient la moindre altération, et l'on ne pouvait absolument distinguer l'origine de l'hémorragie.

L'ouïe était normale; l'essai de Rinne a été positif; ce n'est que durant les douleurs violentes que l'on pouvait constater un certain émoussement d'ouïe des deux oreilles, probablement à cause de la douleur et des bourdonnements, ou encore par l'usage simultané de quinine.

Comme de raison, j'ai écarté toute affection d'oreille, sans cependant être à même d'attribuer cette opiniâtre otalgie et cette otorragie à une névralgie du trijumeau où à quelque affection dentaire, à une hémophilie ou à toute autre maladie relative pouvant présenter les symptômes décrits.

La jeune fille, d'un embonpoint assez marqué mais extrêmement anémique, avait été réglée depuis l'âge de douze ans, d'une manière normale, jusqu'à l'année passée, lorsqu'est survenue une suppression complète de trois mois et plus. C'est précisément dans cet entretemps que les symptômes en question se sont manifestés.

J'ai nécessairement été amené à croire qu'il s'agissait probablement d'*un flux menstruel supplémentaire,* ou plus rationnellement encore, d'un flux menstruel supplémentaire hystérique ou nerveux, comme le nomment aujourd'hui ceux qui l'admettent, pensant que l'organisme de la femme, sujet à des excitations nerveuses et à des congestions de différents organes, à l'occasion de tout flux menstruel, peut, surtout chez des femmes hystériques ou tant soit peu névropathes, lorsque, par n'importe quelle cause, il survient une rétention du flux menstruel, être sujet à de pareilles excitations nerveuses bien plus intenses et des congestions beaucoup plus prononcées, allant jusqu'à l'hémorragie de tel ou tel organe, là où il y a *locus minoris resistentiæ.*

Je m'en tins à ce diagnostic, car, outre l'administration du fer et des calmants, ayant essayé de tamponner l'oreille saignante par une poudre astringente et par de l'ouate, j'ai observé le lendemain que les mêmes douleurs étaient survenues, et que l'hémorragie se fit issue non plus par l'oreille, mais par la narine du même côté;

ce saignement survenu, les douleurs cessèrent petit à petit pour revenir le lendemain. Depuis lors, ces hémorragies survenaient tantôt par l'oreille et tantôt par le nez.

Cet état, comme je viens de le dire, dura quinze jours environ; après quoi les douleurs et l'hémorragie cessèrent progressivement, la menstruation normale s'étant rétablie dans ces entrefaites.

Cela eut lieu au mois d'octobre; ces jours derniers, les mêmes phénomènes se firent encore voir, mais cette fois ils ont duré moins de jours, et les douleurs étaient plus modérées et moins persistantes. Il est vrai que cette fois l'aménorrhée n'était pas complète.

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE DE LONDRES

Séance du 8 mars 1901.

(Suite et fin[1]*)*

M. E. Cresswell Baber, président.

M. Clegg, pour M. Harvey. — **Un cas d'extirpation totale du larynx** *(Case of total extirpation of the larynx).*

Il s'agit d'un homme, de quarante-huit ans, dont l'état général laissait à désirer au moment de son admission à l'hôpital.

A l'examen, on trouva une tumeur sessile du volume d'une grosse fève située sur une base infiltrée juste au-dessous du repli ary-épiglottique droit, se prolongeant obliquement en bas vers la bande ventriculaire et cachant les deux tiers antérieurs de la corde vocale. Le côté droit du larynx était fixe, et le tiers postérieur de la corde, qui était seul visible, était immobile et blanc. Le côté gauche du larynx et la corde gauche avaient leur mobilité normale. Une tumescence de nature indéterminée se voyait sur le côté droit du cou, au niveau du cartilage thyroïde. Malgré le peu d'espace qui restait, la respiration s'effectuait librement. La voix était rauque. En raison de l'obstruction du passage pour des aliments solides, le malade ne pouvait prendre que des liquides, mais la déglutition n'était pas douloureuse.

1. Voir n° 42, du 19 octobre 1901.

Histoire : Le début de la maladie remonte à six mois, et auparavant le malade n'avait jamais souffert de la gorge. A cette époque, il éprouva une légère gêne à la déglutition et une sensation de glouglou dans la gorge. Deux mois avant l'opération, il eut une pneumonie, la température monta à 40°5, et la dyspnée fut si intense qu'on se proposait de faire une trachéotomie. Durant les deux mois suivants, il s'enrouait de temps à autre et allait de plus en plus mal : accès de toux violents, gêne croissante de la déglutition, mucosités abondantes dans la gorge et, par moments, légères otalgies. Le malade fumait et buvait beaucoup. Il y a vingt-cinq ans, il a eu la syphilis et a pris de l'iodure de potassium, mais sans aucun bénéfice. Un fragment de tumeur a été enlevé et l'examen microscopique a confirmé le diagnostic d'épithélioma.

L'opération de la laryngectomie totale a été pratiquée le 25 juillet 1900 par le Dr Harvey, qui trouva qu'au niveau de la corne inférieure du thyroïde, du côté droit, la tumeur avait pénétré dans le cou après avoir perforé la partie postérieure de la membrane crico-thyroïdienne.

La santé du malade demeurait bonne, et l'état local satisfaisant jusqu'en décembre 1900, quand, venu se faire examiner, on constata l'existence d'un gros ganglion irrégulier et induré qui fut extirpé de la gaine de la jugulaire, au niveau de la grande corne de l'os hyoïde, du côté droit. Actuellement, le malade porte un larynx artificiel de Glück, qui lui permet de parler en chuchotant. Sa santé paraît très satisfaisante.

M. H. J. Davis. — **Un cas d'élongation extrême de la luette** *(Case of extreme elongation of uvula).*

Le malade, âgé de cinquante-deux ans, est atteint d'une hémiplégie gauche et d'une affection laryngo-nasale chronique. Il se faisait soigner pour du stridor et de la dyspnée associés à une paralysie abductrice complète de la corde droite.

A présent, les cordes sont parfaitement mobiles et il n'y a plus de stridor. Mais M. Davis présente le malade comme curiosité, pour une tout autre raison. Le patient possède la plus longue luette qu'il ait jamais vue. Quand il projette au dehors sa langue, qui est aussi démesurément longue, on peut

alors voir, sans l'aide d'une spatule, la luette couchée sur l'épiglotte.

M. de Santi. — Cas d'hémorragies sous-muqueuses du voile du palais *(A case of submucous hemorrhage of soft palate).*

L'hémorragie est survenue subitement pendant que le malade mangeait une croûte de pain et était probablement due à une contusion occasionnée par cette dernière. Elle avait les dimensions d'une noix. Il eut deux hémorragies, une sur le dos de la langue, l'autre au-dessous de celle-ci, sur le plancher de la bouche.

Lors du premier examen, M. de Santi constata une ulcération dans la fosse glosso-épiglottique droite, sur les côtés de laquelle se voyaient des veines saillantes. C'est de cette fossette qu'a dû se produire l'hémorragie de la base de la langue.

Le malade n'était pas hémophilique. Actuellement, toutes les traces de l'hématome ont disparu et l'ulcération s'est complètement cicatrisée.

M. Dundas Grant. — Cas de fixation de la corde vocale gauche avec empyème de l'antre droit *(Case of fixation of the left vocal cord and empyema of right maxillary antrum).*

La malade, femme mariée, âgée de quarante-quatre ans, se présenta à la consultation le 14 février 1901, se plaignant d'enrouement et de dyspnée d'efforts. L'enrouement, quoiqu'à un léger degré, existait depuis environ dix-huit ou vingt ans et s'aggravait graduellement. L'examen montra la corde vocale absolument immobilisée sur la ligne médiane; ses bords étaient manifestement concaves. Les deux cordes avaient perdu leur éclat et étaient nettement congestionnées. Autour de la base de l'aryténoïde, dans la fossette hyoïdienne gauche, existait une légère bouffissure. La corde droite était incomplètement mobile. Croûtes épaisses de muco-pus à la face inférieure des cordes. A l'examen du naso-pharynx, on trouva une petite collection de muco-pus dans le voisinage du cornet moyen droit; la rhinoscopie antérieure révéla une dégénérescence polypoïde du cornet. A l'éclairage par transparence, l'antre a été trouvé relativement opaque et la ponction donna

issue à une quantité considérable de pus. Les sinus frontaux s'éclairaient bien. Léger aplatissement du dos du nez attribué à la compression au moment de la naissance.

La malade est la douzième sur quatorze enfants dont deux seulement, en dehors d'elle, sont vivants. Son père a atteint un âge très avancé; sa mère est morte à quarante-quatre ans d'une affection cardiaque; elle a eu plusieurs fausses couches. La malade a eu sept enfants dont deux sont morts; pas d'avortements. Elle est anémiée; le palais est parétique; les pupilles réagissent bien à la lumière; les réflexes rotuliens sont normaux. L'expulsion des croûtes muco-purulentes du larynx a été grandement facilitée par des inhalations de térébenthine dans de l'eau chaude et par des injections trachéales d'huile mentholée à 10 o/o. La voix est devenue plus claire et la respiration plus libre. La malade continuait à faire des injections nasales et l'auteur se propose de ponctionner de nouveau le sinus maxillaire. Rien d'anormal dans le thorax; l'affection laryngée est probablement entretenue par la suppuration nasale.

M. Havilland Hall pense qu'on a plutôt affaire à une affection articulaire qu'à une paralysie. Par rapport à la corde droite, la gauche présente une différence dans la forme, l'aryténoïde gauche étant plus rond et plus ample.

M. Dundas Grant est heureux de voir M. Hall confirmer son opinion. Le gonflement est très peu considérable et peut, par conséquent, donner lieu à une grande divergence d'opinion.

M. W. G. Spencer. — **Cas de tumeur de la corde vocale chez un enfant** *(Case of tumour of the vocal cord in a boy).*

Enfant, âgé de douze ans, atteint d'une tumeur qui cache la corde droite et d'une tuméfaction de la jambe droite. Il y a un an, on nota de l'enrouement qui allait, en augmentant, jusqu'à produire une extinction de la voix. La tuméfaction de l'aine date de cinq ans et paraît être due à un coup de pierre. Elle disparut pour reparaître il y a six mois. Le malade ne présente aucun autre signe de syphilis héréditaire. Dans le larynx, rien d'anormal excepté une tumeur qui masque la corde droite; le néoplasme est de coloration rouge, à surface

lisse, et ne présente aucun signe d'ulcération ni d'hémorragie. Au moment où la glotte se ferme, elle paraît venir en contact avec cette dernière et passe alors au-dessus de la corde gauche. Mais la corde droite vibre librement pendant la phonation, comme le montre le fait que le frémissement vocal perçu dans l'espace crico-thyroïdien paraît être égal des deux côtés.

La tuméfaction de la jambe a envahi les faces antérieure et supérieure du tibia; la peau est décolorée; sur le tibia, on perçoit deux nodules périostés d'où s'étend en arrière, vers le creux poplité, une induration de la peau et du tissu sous-cutané. La tuméfaction est douloureuse, surtout la nuit. Les ganglions fémoraux, au-dessous, et les iliaques, au-dessus du ligament de Poupart, sont légèrement engorgés, mais mous et discrets.

M. Havilland Hall ne croit pas que l'affection laryngée soit de nature spécifique; il pense que c'est plutôt une tuméfaction qu'une tumeur, et, à moins de voir la jambe, rien ne permet de suspecter la syphilis.

M. Lambert Lack rappelle un cas présenté à la Société par le Dr Kelson et où l'on ne trouvait aucun signe net de l'hérédo-syphilis. Le contour mal défini de la tuméfaction sur la bande ventriculaire et la fixation de la corde ont fait penser à une affection d'origine inflammatoire.

M. Saint-Clair Thomson dit que rien dans l'aspect de l'affection laryngée n'indique une lésion syphilitique. Elle ressemble plutôt à ce qu'on décrit ordinairement sous le nom de prolapsus du ventricule, mais qui, en réalité, est une hypertrophie inflammatoire du ventricule de Morgagni. Peut-être le cas pourrait-il être traité d'abord par des moyens antiseptiques pour voir le résultat qu'ils donneront avant de recourir à un traitement chirurgical ou autre.

M. Bond ne croit pas à la spécificité de l'affection laryngée et doute même que celle de la jambe soit de nature spécifique, car il existe pour celle-ci une histoire de traumatisme au début de l'affection.

M. Spencer répond que la corde n'est pas fixée et que le frémissement vocal est égal des deux côtés. Il remercie M. Lack d'avoir rappelé le cas du Dr Kelson, qui devait être une gomme infiltrée. Quant à la remarque de M. Bond, que la lésion de la jambe pouvait être due au traumatisme reçu par l'enfant il y a

cinq ans, ce serait singulier pour une ostéite traumatique de persister si longtemps. Le traumatisme a pu localiser la gomme dans cette position. Il traitera le cas par de l'iodure de potassium et le représentera dans un mois.

M. Permewan. — Cas d'affection laryngée pour diagnostic *(A laryngeal case for diagnosis).*

Le malade, âgé de cinquante-cinq ans, a été adressé il y a un mois pour dysphagie. L'examen a fait constater une tumeur blanche, arrondie, du volume d'une pièce de 6 pence, située sur la partie postérieure du pharynx et visible en déprimant la langue. L'examen laryngoscopique montra un gonflement des deux replis ary-épiglottiques, et derrière le cartilage aryténoïde droit existait un gonflement polypoïde, blanchâtre, d'aspect granuleux. Le côté gauche du larynx et la corde gauche étaient complètement immobilisés; il y avait apparemment fixation de la corde très près de la ligne médiane.

La petite tumeur a été enlevée à l'anse et l'examen microscopique a révélé son origine « inflammatoire ». Le malade a été mis à l'iodure de potassium. Il a été revu trois semaines après et on trouva une récidive apparente de la tumeur pharyngée; autrement, l'aspect n'avait pas changé.

M. F. Semon, sans se prononcer d'une façon définitive, est porté à croire que les divers prolongements sur les côtés droit et gauche du pharynx reconnaissent pour origine la même infiltration générale qui a occasionné la fixation de la moitié gauche du larynx. Il pense que le tout est de nature maligne.

M. Spencer pense que si la tumeur n'est pas d'origine syphilitique, il est probable qu'elle est de nature maligne. Il a montré à M. de Havilland Hall au Westminster Hospital un grand nombre de cas où des tumeurs malignes de la partie inférieure du pharynx ont passé inaperçues pendant fort longtemps. La tumeur primitive dans cette situation était extrêmement petite. A cette occasion, il mentionne le cas d'un homme qui avait été atteint depuis longtemps d'une tumeur pas tout à fait aussi grosse qu'une pièce de trois pence et de ganglions indurés de chaque côté du cou. Dans l'espace de deux ans, il a vu six cas de tumeurs malignes de la portion inférieure du pharynx; deux de ces malades avaient les ganglions cervicaux indurés; ils lui furent adressés par un confrère pour en

pratiquer l'ablation, mais il a jugé que l'opération n'avait aucune chance de succès.

M. Dundas Grant a présenté, il y a deux ans, à la Société, un malade atteint d'une tumeur extrêmement petite de la paroi du pharynx, qui ressemblait fort à celle du malade de M. Permewan. Mais dans son cas le diagnostic a été facilité par l'infection ganglionnaire. Si l'aspect du néoplasme laissait subsister quelques doutes sur sa malignité, son extrême dureté à la palpation rendait manifestement évidente sa véritable nature. Et en effet, le malade est mort au Cancer Hospital d'une tumeur maligne. M. Dundas Grant est donc porté à croire que dans le cas actuel il s'agit d'un néoplasme malin. Il serait certainement singulier d'avoir une grosse tumeur d'un côté et la corde immobilisée de l'autre.

M. Bond est également d'avis que la tumeur est de nature maligne, quoique le résultat de l'examen microscopique soit là pour égarer les opinions.

Il est très rare de voir deux tumeurs isolées d'apparence malignes, mais le tissu intermédiaire est, sans aucun doute, tout à fait infiltré. Ordinairement, quand on examine des masses de cette nature avec le doigt, on peut se rendre parfaitement compte de la consistance et de la dureté de la tumeur et des parties environnantes. Dans ce cas-ci, la tumeur est molle. Il y a trois ans, M. Bond a montré un cas qui ressemble à celui-ci et dont l'avenir a démontré la nature maligne.

M. Fitz-Gerald Powel dit qu'avec toute la déférence qu'il doit aux opinions émises ici, il ne peut s'empêcher de suspecter la nature spécifique de l'affection. En effet, la femme du malade a eu trois fausses couches; il est donc d'avis que le traitement antispécifique est tout à fait indiqué.

M. Permewan répond que, pour lui, il s'agit d'un cas de tumeur maligne. Il donnera néanmoins de l'iodure de potassium et fera connaître le résultat à la Société.

M. Bennett. — **Cas d'affection laryngée pour diagnostic** *(A laryngeal case for diagnosis).*

M. P..., instituteur, âgé de trente et un ans, a été vu pour la première fois en septembre 1900 pour de l'enrouement datant d'un mois. L'examen du larynx révéla la présence d'une petite surface granuleuse, immédiatement au-dessous de la commissure antérieure des cordes, et ayant envahi à un degré léger le bord antéro-interne de la corde gauche. A deux ou trois

reprises, M. Bennett curetta cette surface et enleva les granulations. Rien de plus n'a été fait depuis trois mois. La voix s'est améliorée, quoiqu'elle ne soit pas claire. Il existe encore une petite tuméfaction visible. L'auteur demande l'opinion de ses collègues sur la nature de l'affection.

M. SAINT-CLAIR THOMSON n'a peut-être pas suivi attentivement la description de M. Bennett, mais il a pu obtenir une image complète de toute la longueur des cordes et à la phonation il n'existe aucune tuméfaction visible dans la région sous-glottique antérieure. Ce n'est pas une affection rare et ce n'est pas elle qui apporte un obstacle à l'action des cordes. Il faut donc chercher ailleurs la cause de l'altération de la voix.

TRIVAS.

REVUE GÉNÉRALE ET ANALYSES

BOUCHE ET PHARYNX BUCCAL

De l'abcès périamygdalien chronique *(Ueber den chronischen peritonsillaren Abscess)*, par le Dr BENTZEN.

Homme de trente-sept ans, a toujours été bien portant, n'a jamais souffert de maux de gorge ni de dysphagie. Malade depuis un mois : mal de gorge, surtout prononcé à gauche, déglutition douloureuse, parole pénible, sensibilité au niveau de l'angle gauche du maxillaire inférieur. N'a pas eu de fièvre depuis le début de ce trouble. Le premier examen de la gorge ne révèle rien d'anormal ; pas de rougeur ni de tuméfaction. En touchant avec la sonde la moitié gauche de l'isthme du pharynx, on provoque des douleurs assez fortes, accompagnées d'un besoin de vomir. En exerçant une légère pression, on voit du pus sourdre au niveau de la partie postéro-supérieure de l'amygdale gauche, qui présente en cet endroit une ouverture en fente, dans laquelle la sonde pénètre à une profondeur de 1 centimètre et se dirigeant en haut et en dehors. Au reste, rien d'anormal, pas d'affection nasale. Trois jours plus tard, mêmes symptômes. La pression exercée au niveau de la région rétro-maxillaire et sur l'amygdale ne donne plus issue à du pus, mais on en voit apparaître pendant le sondage et au moment où le malade fait des efforts pour vomir. L'auteur

n'a trouvé dans la littérature que 13 cas d'abcès chronique de l'amygdale. Ce dernier peut se produire de trois façons différentes :

1° Lorsque la même amygdale est souvent frappée d'angine phlegmoneuse, elle devient de plus en plus volumineuse et dure, de sorte qu'un abcès qui se forme à l'intérieur ne peut se vider qu'incomplètement, il reste toujours une certaine quantité de pus.

2° Une légère angine catarrhale ou folliculaire peut être le point de départ d'un abcès chronique. L'angine disparaît, et au bout de quelque temps on trouve dans l'amygdale un trajet fistuleux, par lequel s'écoule du pus. Le pharynx peut présenter l'aspect normal, mais le malade éprouve souvent dans le côté correspondant au siège de l'abcès des douleurs plus ou moins prononcées; quelquefois il crache du pus, après quoi il se trouve soulagé. Cet état peut se maintenir pendant un temps assez long.

3° Il peut enfin s'agir d'un abcès par congestion dont le point de départ est dans une suppuration de la cavité nasale ou d'un des sinus.

Dans aucun des cas publiés jusqu'ici, il ne s'agissait de tuberculose, car tous ont guéri assez rapidement, après qu'on eut établi un drainage suffisant. Le meilleur moyen de traitement consiste dans l'ouverture de l'abcès à l'aide du galvanocautère. (*Monats. f. Ohrenheilk.*, août 1901.)

Dr JANKELEVITCH.

NEZ ET PHARYNX NASAL

Faux adénoïdisme, par le Dr M. NATIER.

Il faut entendre par « faux adénoïdiens » des malades présentant l'aspect typique du « facies adénoïdien » et chez lesquels l'investigation la plus minutieuse ne peut parvenir à déceler aucune trace de l'affection dont ils sont l'expression.

L'auteur rapporte une observation qui lui a paru tout à fait démonstrative.

Il s'agit d'un enfant présentant tous les signes de l'existence de végétations adénoïdes et qui, en réalité, était un névropathe

atteint de troubles respiratoires. Il a suffi de soigner l'état général et de faire pratiquer des exercices respiratoires pour voir chacun des symptômes morbides s'atténuer et disparaître assez rapidement.

En pareil cas, il faut user d'une thérapeutique exclusivement physiologique et s'abstenir de toute intervention chirurgicale, qui ne saurait avoir que des résultats déplorables. (*La Parole*, juin 1901.)

Dr G. Dupond.

Contribution à l'étude de la pathogénie de l'ozène, par le Dr D. Pasmanik, de Genève.

Avant de rapporter quelques observations tirées de vingt cas d'ozène vrai qui lui ont paru intéressants, l'auteur croit indispensable de passer tout d'abord en revue les principales hypothèses émises sur la pathogénie de l'ozène. De cet exposé des théories formulées jusqu'à ce jour, il en arrive à cette conclusion qu'aucune d'elles n'est satisfaisante.

D'après lui, la meilleure explication de l'ozène est celle donnée par Niles.

Pour le moment, il croit qu'en combinant seulement la théorie de Zaufal-Hopmann-Cholera à celle de Lœwenberg-Abel-Strübing, c'est-à-dire la théorie anatomo-héréditaire à la théorie bactériologique, nous pouvons expliquer tous les phénomènes de l'ozène et en même temps trouver de meilleurs modes de traitement de cette maladie.

L'auteur a observé 20 cas d'ozène, dont 13 chez des femmes et 7 chez des hommes. Il ne reproduit ici que 7 observations, les autres ne lui paraissant offrir rien de particulier.

La maladie a débuté à des âges différents; on peut penser cependant que dans tous les cas où l'ozène se développe sur une base platyrrhinique, il débute très tôt dans l'enfance, précisément parce que la disposition morbide est innée, souvent héréditaire.

Deux fois il a été possible de poursuivre l'ozène dans trois générations successives.

D'une façon générale, on peut dire que l'ozène grave est presque toujours accompagné de brachycéphalie et de platyrrhinie : il y a cependant des exceptions à cette règle.

M. Pasmanik pense l'ozène curable au point de vue clinique, mais à une seule condition, c'est que le traitant et le traité ne perdent pas patience.

Pour enregistrer de beaux résultats, il faut que l'ozéneux ait la possibilité et la patience de subir un traitement approprié pendant une ou plusieurs années. (*Rev. méd. de la Suisse romande*, avril 1901.)

Dr G. Dupond.

Du traitement de l'épistaxis par l'eau oxygénée, par le Dr Van Eeckhante.

L'eau oxygénée est un produit qu'on trouve facilement partout. Grâce à son double pouvoir antiseptique et hémostatique, elle est le médicament de choix dans le traitement de l'épistaxis. Son application est indolore. N'étant pas toxique et n'offrant pas d'inconvénients sérieux, elle peut être employée impunément chez tous les sujets et dans tous les cas. Enfin, son emploi est facile et la réussite assurée. (Extr. du *Bull. de la Soc. de méd. de Gand*, 1901.)

Dr F. Ardenne.

CAVITÉS ACCESSOIRES

Empyème de nécessité de l'antre d'Highmore, par M. Jacobsohn.

Une malade, observée par cet auteur, eut, deux semaines après l'extraction d'une molaire à droite, de la fièvre et une céphalalgie accusée en même temps qu'apparaissait une notable tuméfaction de la joue droite. A la pression, l'antre d'Highmore était douloureux ; sur la ligne médiane de la voûte palatine on trouvait une petite tumeur fluctuante, le plancher de la fosse nasale était tuméfié, etc.

Il ne fut pas possible de pratiquer l'ouverture du sinus maxillaire par la voie nasale et on fit une incision au niveau de la voûte palatine, incision qui favorisa l'évacuation du pus.

M. Jacobsohn pense, étant données les lésions constatées au niveau des fosses nasales, que l'affection a débuté par le sinus maxillaire et s'est propagée au palais. (Soc. de méd. berlinoise, séances des 10 et 24 juillet 1901.)

Dr G. Liaras.

LARYNX ET TRACHÉE

Laryngite suppurée, par le Dr MÉNÉTRIER.

L'auteur présente une pièce de laryngite phlegmoneuse; il a trouvé dans le pus un organisme ayant tous les caractères du diplocoque décrit par Thiercelin sous le nom d'entérocoque.

M. Barbier dit que cet organisme ressemble absolument à celui qu'il a trouvé autrefois dans les amygdalites et qu'il a nommé diplostreptocoque; l'entérocoque de Thiercelin paraît être identique à ce diplostreptocoque. (Soc. méd. des hôpitaux, 12 juillet, *Bull. méd.*, n° 55, juillet 1901.)

Dr F. ARDENNE.

Fixation complète des cordes simulant une paralysie des abducteurs à la suite de la syphilis *(Vollständige Fixation der Stimmbänder durch syphilitische Processe, bei der seitige Abductoremlähmung vortäuschend)*, par le Dr S. SCHRAGA.

Le malade, ancien syphilitique apparemment guéri, est pris subitement de troubles respiratoires. Il se présente à l'hôpital la face cyanosée, avec une dyspnée inspiratrice bruyante, la voix rauque, le creux sus-sternal fortement déprimé. L'examen laryngoscopique montre les bandes ventriculaires et l'épiglotte rouges, les cordes vocales un peu épaissies, très infectées. A l'inspiration la plus profonde ainsi qu'à l'expiration, les cordes gardent la position médiane fixe, de sorte que l'espace glottique mesure à peine 2 millimètres; même position des cordes pendant la phonation. Il n'existe nulle part la moindre ulcération, ni d'infiltration des régions voisines. L'examen du thorax ne révèle rien d'anormal, rien ne permet de supposer l'existence d'une maladie nerveuse d'origine centrale. Sur le coude droit et le genou gauche on constate des ulcères cutanés assez étendus, de nature incontestablement syphilitique. La trachéotomie proposée immédiatement n'est pas acceptée. On soumet le malade au traitement mercuriel et aux injections sous-cutanées de sublimé. La première amélioration se manifeste au bout de quatre jours, après huit injections; la fente glottique mesure 4 millimètres environ, grâce à l'écartement de la corde vocale droite; au bout de six jours, la corde vocale occupe la position cadavérique et présente de légers mouve-

ments saccadés pendant la phonation. Corde gauche toujours immobile. On soumet le malade à l'intubation. Au bout de dix jours, la corde droite est parfaitement normale, la gauche commence à montrer des mouvements encore peu étendus. Dix-huit jours après son entrée à l'hôpital, le malade était complètement guéri.

En l'absence de toute autre cause plausible, l'auteur croit qu'il s'agissait ici d'une infiltration syphilitique, localisée au niveau des articulations aryténoïdiennes. (*Monats. f. Ohrenheilk.*, août 1901.)

Dr JANKELEVITCH.

Laryngectomie totale pour épithélioma intra-laryngé; résultats thérapeutiques quinze jours après l'opération, par M. le Dr CASTAING et M. LAURENS, interne.

Il s'agit d'un homme de cinquante ans, porteur d'un néoplasme intra-laryngé, chez lequel M. le professeur Jeannel pratiqua la laryngectomie totale. Le tubage fut pratiqué avant l'opération; la chloroformisation se fit régulièrement, et l'ablation de l'organe fut rapidement faite. Les suites furent excellentes : quinze jours après, le malade prenait des aliments solides. Il s'agissait d'un épithélioma s'étendant sur toute la hauteur du cartilage thyroïde. Les cordes vocales disparaissaient au milieu d'une masse bourgeonnante et ulcérée. (*Écho méd.*, 17 août 1901.)

Dr G. DUPOND.

Étude sur la dysphagie dans la tuberculose laryngée, par le Dr Ch. LENHARDT, du Havre.

Des observations rapportées par l'auteur il résulte que l'ulcération, la perte de substance à laquelle aboutit ordinairement l'infiltration, n'est pas la cause de l'exaspération des douleurs.

La tuméfaction, la périchondrite, l'arthrite suffisent pour amener la douleur à son maximum, et peut-être le siège seul de la lésion suffirait-il pour expliquer les différences d'intensité de ce symptôme. Cependant il serait téméraire d'affirmer que les lésions tuberculeuses de l'épiglotte sont incapables de donner la douleur aiguë de la dysphagie intense. On peut donc penser que chez un malade atteint de cette sorte de dysphagie,

on rencontrera presque certainement des cartilages aryténoïdes atteints de périchondrite ou d'arthrite. On sera bien plus assuré encore de les trouver sains quand le malade n'accusera qu'une simple gêne. (*Rev. méd. de Normandie*, 25 août 1901.)

Dr G. Dupond.

L'extension permanente de la tête comme moyen de traitement des fractures sous-cutanées du larynx, par M. A. Nirroli.

L'auteur ayant été appelé auprès d'un enfant de dix ans, atteint d'une fracture du thyroïde, constata que le blessé maintenait avec les mains sa tête rejetée en arrière, afin de respirer plus librement. M. Nizzoli eut alors l'idée de l'immobiliser dans cette attitude. A partir de ce moment les crises de suffocation ne se reproduisirent plus, tous les symptômes allèrent en diminuant, et, au bout de dix jours, la guérison fut complète. (*Le Bull. méd.*, 28 août 1901.)

Dr G. Dupond.

De l'inhalation de liquides pulvérisés *(Ueber die Inhalation zerstünbter Flüssigkeit)*, par M. Saenger.

La pénétration de liquide à l'état pulvérisé dans le larynx et la partie inférieure de l'appareil respiratoire n'est nullement démontrée, lors même qu'on arrive à découvrir des quantités plus ou moins considérables de liquide dans le larynx, la trachée, les bronches, voire dans les alvéoles pulmonaires. Cette pénétration peut se faire grâce à l'inspiration, alors que le liquide n'est plus à l'état pulvérisé. En admettant même qu'un peu de liquide pulvérisé puisse pénétrer dans le larynx, la trachée et les grosses bronches, il ne peut s'agir que de quantités tellement petites qu'elles sont tout à fait insuffisantes pour produire un résultat thérapeutique quelconque. En ce qui concerne les bronches moyennes et petites, la pénétration de liquides pulvérisés à cette profondeur doit être considérée comme impossible. (*Münch. med. Wochens.*, nº 21, 1901, et *Deuts. med. Zeits.*, nº 65, 1901.)

Dr Jankelevitch.

OREILLES

Un cas d'occlusion complète de la portion osseuse du conduit auditif externe par un diaphragme osseux, par M. RADZIKH.

L'anomalie décrite par l'auteur présente un grand intérêt en raison même de son extrême rareté et de la difficulté de déterminer sa véritable nature. Dans le cas présent, M. Radzikh est porté à reconnaître pour cause de la formation du diaphragme osseux dans l'oreille une otite moyenne suppurée chronique dont le malade avait été atteint dans son enfance. Un certain nombre de cas de cette nature ont été rapportés dans la science. (*Med. Obozrenié*, avril 1901.)

TRIVAS.

Nouveau traitement des vertigineux de l'oreille, par le Dr O. LIBOTTE.

Après avoir rappelé quelques notions anatomo-physiologiques de l'oreille, l'auteur décrit un traitement qu'il ose dire presque certain contre les vertiges ou les états vertigineux chroniques qui dépendent du labyrinthe, des canaux semi-circulaires, de la racine vestibulaire et des excitations sur les centres de l'équilibre.

Ce traitement consiste dans l'application de l'électricité statique au moyen d'une électrode spéciale auriculaire, le patient se trouvant isolé sur le tabouret. (*Bull. officiel de la Soc. franç. d'électrothérapie et de radiologie*, juin 1901.)

Dr G. DUPOND.

Les paralysies oculaires au cours des otites, par le Dr F. DE LAPERSONNE.

L'auteur rapporte un cas de paralysie du grand oblique, survenue au cours d'une otite moyenne aiguë droite avec vertiges, bourdonnements, douleurs violentes. Le malade présente une diplopie verticale et homonyme s'accentuant dans la moitié inférieure du champ du regard avec abaissement de l'image droite, la diplopie verticale augmentant vers la gauche : acuité visuelle excellente, pas de lésion du fond de l'œil. Du côté de l'oreille, les phénomènes s'amendent rapidement.

L'interprétation de ce fait clinique est difficile, car jusqu'ici la paralysie du pathétique n'avait pas été constatée. Au point de vue pratique, cette paralysie du pathétique, qui produit une diplopie si gênante dans la moitié inférieure, pourrait expliquer, si ce n'est le vertige vrai, du moins l'incertitude dans la marche, simulant le vertige, qui accompagne certains troubles de l'oreille interne. (*Écho méd. du Nord,* nº 22, juin 1901.)

Dr F. Ardenne.

Thrombo-phlébite otitique du sinus latéral. Opération de Chipault. Guérison. (Société belge de chirurgie), par le Dr A. Lambotte, d'Anvers.

L'auteur rapporte un cas d'infection septique du sinus latéral intéressant par ce fait que le diagnostic ne fut porté que tardivement. Il s'agit d'un individu âgé de vingt-huit ans, atteint depuis l'âge de douze ans d'un écoulement intermittent de l'oreille droite.

A la suite d'un coup sur la tête, il entre à l'hôpital le 5 avril. Douleurs dans la région temporo-pariétale et fièvre intense.

Diagnostic probable de fièvre typhoïde, puis on pense à une infection paludéenne.

Le 7 mai, M. Lambotte voit le malade, porte le diagnostic de thrombo-phlébite latérale et décide l'opération.

On trouve la fosse occipitale remplie de pus et de fausses membranes.

Ligature de la jugulaire interne, qui était entièrement thrombosée.

L'opération fut suivie d'amélioration, la température oscilla quelques jours, et environ vingt jours après l'intervention l'apyrexie était complète. Le malade quitta l'hôpital le 20 juin. (*Journ. de chir. belge,* juin-juillet 1901.)

Dr G. Dupond.

Deux cas d'abcès cérébraux (Soc. de méd. de Nancy).

M. Spillmann père présente deux cerveaux.

Dans le premier on a découvert, à l'autopsie, un abcès dans le lobe occipital gauche, du volume d'une noix, ouvert dans le ventricule latéral. Le pus de cet abcès contenait du pneumocoque.

Le deuxième cerveau appartenait à une jeune femme de vingt-sept ans, atteinte d'otorrhée gauche depuis l'enfance et envoyée avec diagnostic de méningite.

A l'autopsie, abcès du volume d'une grosse mandarine, occupant le lobe temporo-sphénoïdal gauche et contenant un pus fétide jaune. (*Rev. méd. de l'Est*, juillet 1901.)

Dr G. Dupond.

Nouvelle contribution à l'étude du carcinome de l'oreille *(Ein weiterer Beitrag zum Karzinom des Ohres)*, par le Dr Treitel.

L'auteur a, dans un espace de temps relativement court, observé 3 cas de carcinome des oreilles interne et moyenne, et remarque à ce propos que le nombre d'observations de carcinome de l'oreille a considérablement augmenté depuis quelque temps. Cela tient-il à ce que cette maladie est devenue plus fréquente ou à un diagnostic plus approfondi? c'est un point sur lequel l'auteur ne se prononce pas. Il recommande seulement de pratiquer l'examen microscopique dans tous les cas de granulations récidivantes au cours d'otorrhées chroniques, chez des personnes âgées. Dans un cas, des hémorragies abondantes de l'oreille ont été le premier symptôme. La tumeur avait envahi la parotide et déterminé une luxation de l'articulation temporo-maxillaire. A l'autopsie, on trouva des métastases pulmonaires, dans le voisinage immédiat de la plèvre. (*Zeits. f. Ohrenheilk.*, XXVIII, 3, et *Deuts. med. Zeits.*, nº 39, 1901.)

Dr Jankelevitch.

CROUP ET DIPHTÉRIE

Étude comparée des bacilles diphtériques et pseudo-diphtériques du nez et de la gorge, par M. Lesieur.

A la suite de recherches faites soit sur des sujets sains, soit sur des convalescents de diphtérie, l'auteur a remarqué que les bacilles pseudo-diphtériques sont beaucoup plus fréquents dans le nez que dans la gorge. Dans cette dernière, ils s'y trouvaient dans la proportion de 2,85 o/o et, au contraire, dans la proportion de 42,85 o/o dans le nez.

Sept fois il y avait coexistence de bacilles dans la gorge et le nez. D'autre part, au point de vue de la virulence de ces

microbes, l'auteur a constaté que, quand la muqueuse nasale est saine (5 cas dans ses recherches), même au cas où la gorge contenait des bacilles virulents, les bacilles de la fosse nasale n'avaient aucun pouvoir pathogène. (Soc. méd. des hôpit., 16 juillet 1901.)

Dr G. LIARAS.

VARIA

De l'emploi du menthol-iodol en rhinologie et en laryngologie *(Ueber die Anwendung von Menthol-Iodol. in der rhino-laryngologischen Praxis)*, par le Dr JORRIS.

L'auteur recommande l'emploi de l'iodol finement pulvérisé, auquel on ajoute du menthol dans la proportion de 1 %. Après avoir employé ce mélange dans un grand nombre d'affections du nez, du pharynx et du larynx, l'auteur a pu s'assurer qu'il présentait les avantages suivants :

1° Le menthol supprime complètement l'odeur de l'iodol, et le mélange présente, au contraire, une odeur agréable.

2° La puissance antiseptique du menthol-iodol est supérieure à celle de l'iodol.

3° Le mélange exerce une action rafraîchissante et analgésiante.

4° Grâce à son état de cristallisation fine, il se prête plus que n'importe quel autre moyen aux insufflations.

5° Il ne détermine pas de troubles digestifs et peut être employé pendant longtemps sans le moindre inconvénient. (*Klin. therap. Wochens.*, n° 15, 1901.)

Dr JANKELEVITCH

Un cas de cancer thyroïdien, par les Drs INGELRAUS et DRUCBERT.

Une femme de quarante et un ans, atteinte de goitre très ancien, entre à l'hôpital pour une dyspnée intense, accompagnée de palpitations : elle présente des signes de basedowisme, exophtalmie prononcée, pouls très rapide, glande thyroïde hypertrophiée. Épanchement dans les deux plèvres. La malade étant morte, on fait l'autopsie, et on trouve une tumeur du corps thyroïde. Une portion cervicale occupe la place du corps thyroïde, engainant la trachée qui a creusé une gouttière sur

sa face postérieure. Une portion intra-thoracique bosselée est appliquée contre le sternum et comprime les vaisseaux sous-claviers et mammaires internes : elle repose en arrière sur l'oreillette droite. C'est un épithélioma à cellules polyédriques. La transformation cancéreuse s'est révélée par l'hyperthyroïdisation. De pareilles tumeurs sont rares dans le Nord, où on ne trouve le goitre qu'à l'état sporadique. (*Bull. de la Soc. centrale de méd. du départ. du Nord,* nº 6, juin 1901.)

Dr F. Ardenne.

Suppuration aiguë de la glande thyroïde au cours de la dothiénentérie *(Acute suppuration of the thyroid gland complicating typhoid fever)*, par le Dr Rickman J. Godlec.

Une jeune femme âgée de vingt ans contracte la fièvre typhoïde à la fin du mois d'octobre 1900. Le 20 novembre, se forma, au niveau de la partie inférieure du cou, une tuméfaction qui augmenta rapidement de volume et était accompagnée d'une élévation de la température : 104°4 F. le 28 novembre et 105°4 le 29. Pouls : 140. La malade dit qu'un léger degré de tuméfaction existait en cet endroit depuis quelques années. Le premier jour que l'auteur l'a vue, la tumeur occupait la ligne médiane et s'étendait des deux côtés, un peu plus loin à gauche qu'à droite. Il existait de la difficulté de la déglutition et la peau n'était pas franchement mobile à ce niveau. Pendant la déglutition, la masse restait immobile. Une incision fut faite le long de la ligne médiane, et on pénétra dans une cavité assez vaste, située à l'intérieur du corps thyroïde, et contenant un liquide rouge brunâtre, visqueux, mélangé de pus et de tissus nécrosés. L'hémorragie, quoique abondante, s'arrêta rapidement. On introduisit un tube de drainage et l'on appliqua un pansement au cyanure. La malade se trouvait très soulagée à la suite de cette intervention. La convalescence s'accomplit de la façon la plus normale.

L'auteur passe ensuite en revue les différentes variétés d'inflammations du corps thyroïde : 1° l'inflammation idiopathique, avec guérison spontanée ; 2° l'inflammation épidémique, décrite par les médecins militaires français, d'une nature spécifique aiguë ; 3° la forme septique dont il s'agissait dans le

cas qui vient d'être résumé. Elle survient le plus souvent au cours de maladies infectieuses, la fièvre thyphoïde en particulier. Le traitement le plus efficace est celui qu'a employé l'auteur. Il ajoute qu'il a observé un autre cas d'inflammation aiguë du corps thyroïde, sans suppuration, chez une jeune femme qu'il avait opérée, un an auparavant, d'un adénome d'un des lobes du corps thyroïde. Cette malade est actuellement guérie. (*British med. Journ.*, 1er juin 1901.)

Dr JANKELEVITCH.

De la dysphagie psychique *(Dysphagia psychica)*, par M. le Dr W. BECHTEREW.

Il existe un état morbide singulier, qui consiste dans la peur qui, chez certains individus, accompagne l'acte de la déglutition. Cette sensation peut survenir, sans l'intermédiaire d'aucune idée ou représentation, toutes les fois qu'il s'agit d'accomplir l'acte de la déglutition, ou bien les malades s'imaginent que le morceau qu'ils se disposent à avaler va les étrangler, et ils éprouvent en même temps une sensation de serrement de cœur et des palpitations. Ces phénomènes se produisent quel que soit l'aliment en question, solide ou liquide. Les malades ont presque toujours des antécédents nerveux héréditaires et présentent souvent d'autres manifestations hystériques ou neurasthéniques. L'affection dont il s'agit se produit quelquefois à la suite d'un accident quelconque, survenu pendant la déglutition. Comme moyens thérapeutiques, l'auteur recommande l'hypnotisme, la faradisation locale, le brome, les cardiaques et la codéine. (*Neurol. Centralbl.*, n° 14, 1901, et *Deuts. med. Zeits.*, n° 69, 1901.)

Dr JANKELEVITCH.

Paralysie du spinal en deçà de l'origine de la branche anastomotique vago-spinale, par le Dr LERMOYEZ.

Chez une femme atteinte d'enrouement et de gêne de la déglutition, l'examen montre une paralysie de la moitié droite du voile du palais et du pharynx ainsi que de la corde vocale droite, qui est en position cadavérique. L'épaule droite est plus basse que la gauche, le trapèze droit et le sterno-mastoïdien

du même côté sont paralysés et un peu atrophiés. Cette malade a été, il y a dix semaines, prise de fièvre, de frissons et un abcès s'est formé dans la gorge et s'est ouvert. Quelques jours après est survenu l'enrouement, et quand la femme a voulu travailler, elle s'est aperçue de la faiblesse de son épaule droite.

La radiographie n'a décelé aucune lésion cervicale ou médiastinale. Pas de symptôme de lésion cérébrale ou bulbaire ni d'hystérie. Tout fait penser à une névrite par propagation, l'abcès ayant lésé le tronc du spinal.

Cette observation est intéressante au point de vue de l'étude du trajet des fibres du spinal. On sait que Claude Bernard admettait que le spinal fournit au pneumogastrique une branche anastomotique, origine du récurrent.

Cette opinion a été combattue ; on admet aujourd'hui que le nerf vago-spinal, d'origine bulbaire, est indépendant du spinal ; cette théorie, émise par les auteurs allemands, ne cadre pas du tout avec le cas de Lermoyez. Au contraire, la paralysie de cette femme s'explique très bien avec la théorie de Claude Bernard. (Soc. méd. des hôpit., 12 juillet, *in Bull. méd.*, n° 55, juillet 1901.)

Dr F. ARDENNE.

NOUVELLES

— **Nomination.** — Nous apprenons avec plaisir que, par arrêté paru au *Moniteur* du 12 courant, le Dr Schiffers vient d'être promu professeur ordinaire à la Faculté de médecine de Liège.

Nous adressons à notre confrère nos bien cordiales félicitations à l'occasion de cette nomination si bien méritée.

Bordeaux. — Impr. G. GOUNOUILHOU, rue Guirande, 11.

22e ANNÉE. — N° 44. — 2 NOVEMBRE 1901.

REVUE HEBDOMADAIRE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

SUR DEUX CAS DE KYSTES OSSEUX INTRA-SINUSIENS[1]

Par le Dr E. LAFARELLE, ancien interne des hôpitaux de Bordeaux.

Bien que leur histoire remonte au siècle dernier et que la plupart des auteurs qui se sont occupés des kystes dentaires en général en aient rapporté des exemples, les kystes dentaires intra-sinusiens sont fort rares. Aussi, ayant eu la bonne fortune d'en observer deux, presque coup sur coup, dans le service de notre maître M. le Dr Moure, nous avions eu l'idée de réunir tous les cas connus et d'en faire une étude d'ensemble. Malheureusement pour nous, nous avons été prévenu dans ce dessein par MM. Jacques et Michel[2] qui, l'an dernier, ont publié sur la question un travail très complet et très intéressant, après lequel il ne reste pas grand'chose à dire. Force nous est donc d'être plus modeste et de publier simplement nos deux observations en les faisant suivre de quelques commentaires.

Observation I. — *Kyste osseux radiculaire intra-sinusien. Extirpation sanglante après ouverture large du sinus. Guérison.*

M. T..., vingt-neuf ans, marin, est affligé depuis huit ans d'une

1. Travail communiqué à la Société française de laryngologie, mai 1901.

2. Contribution à l'étude des kystes dentaires du maxillaire supérieur. Leurs rapports avec le sinus maxillaire. Leur traitement (*Rev. hebdom. de laryngol., otol. et rhinol.*, 17 mars 1900).

fistule dentaire consécutive à l'ouverture spontanée d'un abcès développé au niveau de la première molaire supérieure gauche. Obligé de partir pour Taïti, le malade va consulter, au bout d'un an seulement, un dentiste qui tente d'arracher la dent, cause de la fistule, et ne réussit qu'à la casser au niveau de la couronne, en laissant la racine, qu'il ne peut extirper.

Rentré en France un an plus tard, en 1895, M. T..., sur les conseils de M. le Dr Moure, se remet de nouveau entre les mains d'un dentiste; celui-ci, plus adroit, enlève deux ou trois dents cariées et la racine fistuleuse de la première molaire supérieure gauche. Par l'orifice alvéolaire, du pus s'écoule abondamment et d'une façon persistante. M. Moure, qui revoit le malade, introduit dans le trajet fistuleux un stylet : celui-ci s'enfonce de 6 à 7 centimètres dans une cavité vaste et à parois osseuses, qui est prise pour le sinus maxillaire. Aussi porte-t-on le diagnostic d'empyème chronique du sinus maxillaire gauche d'origine dentaire. Notons, cependant, que l'injection poussée dans cette cavité ressortait par l'orifice alvéolaire, et *jamais par le nez*, et que, d'autre part, le malade n'avait jamais mouché de pus.

Comme traitement, on prescrit des lavages bi-quotidiens du sinus maxillaire à pratiquer par l'orifice alvéolaire que l'on agrandit et dans lequel on met un clou en ébonite.

Depuis cette époque, le traitement a été rigoureusement suivi sans résultats : l'écoulement purulent persiste, aussi abondant. Aussi, malgré l'absence de troubles fonctionnels, le malade se décide-t-il enfin à accepter la *cure radicale* que M. Moure lui propose depuis longtemps.

Opération le *27 décembre 1900* sous chloroforme.

Incision habituelle de M. Moure pour la cure radicale des sinusites, à un centimètre environ au-dessous du sillon gingivo-labial, sur la face postérieure de la lèvre supérieure. La muqueuse décollée, on fait sauter d'un coup de gouge la paroi osseuse de la fosse canine dénudée, et l'on tombe non dans la cavité du sinus, mais sur une nouvelle paroi osseuse, fortement bombée en haut et en avant. On l'effondre à son tour et l'on a sous les yeux une double cavité : *en haut et en arrière*, celle du sinus maxillaire absolument *sain*, *en bas* celle d'un *kyste* développé dans l'épaisseur du bord alvéolaire, à contenu purulent; il communique directement avec le pertuis alvéolaire. Il s'agit donc d'un kyste dentaire uniloculaire développé au niveau de la racine de la première molaire, et qui, refoulant devant lui la lame osseuse, a soulevé le plancher du sinus dont il comble en partie la cavité. Cette cloison

osseuse, doublée naturellement d'un côté par la muqueuse sinusienne, de l'autre par la paroi propre du kyste fibreuse et adhérente, n'est pas amincie, mais, au contraire, épaisse et bosselée. C'est cette barrière osseuse que l'on détruit pour établir une large communication entre les cavités sinusienne et kystique; cette dernière est soigneusement curettée, ainsi que le trajet fistuleux alvéolaire. M. Moure pratique alors, comme dans la cure radicale des sinusites, une large brèche dans la paroi interne du sinus, au-dessous du cornet inférieur, de façon à créer une large voie de drainage par la fosse nasale. L'opération est terminée par la suture au catgut de la plaie gingivo-buccale.

Les *suites opératoires* ont été des plus simples. Le gonflement considérable de la joue, conséquence forcée de l'intervention, a diminué dès le quatrième jour et avait presque disparu quand le malade a quitté, au bout d'une quinzaine de jours, la maison de santé. Il n'y a pas eu de réaction fébrile, pas de douleurs. A peine a-t-on noté un léger écoulement de muco-pus dans la fosse nasale (cette sécrétion s'est tarie plus tard). La plaie vestibulaire a réuni par première intention. En somme, la guérison est complète et le résultat opératoire aussi satisfaisant que possible.

Obs. II. — *Kyste osseux uniloculaire intra-sinusien. Cure radicale. Extirpation par la voie canine. Guérison.*

Marguerite S..., vingt-neuf ans, sans profession, se présente le 17 novembre 1900, à la clinique gratuite de la Faculté (service de M. le Dr Moure), pour une fistule dentaire datant de dix-huit mois.

Les antécédents héréditaires ou personnels ne présentent rien d'intéressant à noter.

Il y a environ trois ans, la malade éprouva au niveau de la première grosse molaire supérieure gauche des douleurs vives et de plus en plus intenses qui la décidèrent, au bout d'un mois, à se faire arracher la dent malade. Malheureusement, la couronne seule fut enlevée; la racine restée en place ne tarda pas à déterminer la formation d'un abcès dont l'ouverture spontanée fut suivie de fistule. Au bout d'un an seulement, la malade se décida à faire enlever cette racine, ainsi que la deuxième prémolaire malade; ni l'une ni l'autre des racines ne présentait de kyste appendiculaire.

L'avulsion de ces dents n'apporte aucune modification dans l'état de la fistule; la suppuration persiste et semble provenir de l'alvéole de la deuxième grosse molaire, qui pourtant paraît saine. N'éprouvant aucune douleur, la malade conserve pendant dix-huit mois cette suppuration constante; puis elle se décide à faire une

dernière tentative pour s'en débarrasser; dans ce but, elle fait arracher sa deuxième molaire supérieure gauche; mais ce sacrifice est sans effet, et du pus continue à s'écouler de l'alvéole vide; c'est alors que la malade, n'espérant plus rien des dentistes, vient se mettre entre les mains des médecins.

A l'examen (17 novembre 1900), la gencive supérieure gauche paraît légèrement tuméfiée et elle est douloureuse à la pression; du fond de l'alvéole de la deuxième molaire, on voit sourdre du pus. Le stylet s'enfonce difficilement dans le trajet de la fistule que l'on agrandit avec un perforateur alvéolaire. Le stylet pénètre alors librement dans une cavité assez vaste que l'on croit d'abord être celle du sinus, mais une injection poussée par la perforation alvéolaire *ne ressort pas par le nez;* d'autre part, la malade nous dit n'avoir *jamais mouché de pus* et ses fosses nasales sont absolument saines. Aussi porte-t-on avec quelque certitude le diagnostic de *kyste dentaire intra-sinusien*, pour la guérison duquel une intervention sanglante est jugée nécessaire. Mais, la malade refusant l'opération, on place un clou en ébonite dans l'orifice alvéolaire et l'on prescrit des lavages bi-quotidiens, à l'eau boriquée, de la cavité kystique. Au bout de deux mois, aucune amélioration ne s'étant produite, la malade vient demander elle-même l'opération radicale qu'elle avait d'abord refusée.

L'*opération* est pratiquée le *9 février 1901*, sous le chloroforme, par M. le Dr Moure. L'incision est faite, comme pour la cure radicale des sinusites maxillaires, sur la lèvre supérieure, à un centimètre au-dessus du sillon gingivo-labial et parallèlement à lui. On décolle la muqueuse et l'on dénude la fosse canine dont on fait sauter la paroi avec la gouge. Le sinus maxillaire étant ainsi largement ouvert, on constate que la moitié externe de sa cavité est presque totalement comblée par une tumeur blanchâtre, lisse, dure, de forme ovoïde et assez comparable à un pain de sucre, dont la base fait corps avec le plancher du sinus et dont le sommet remonte jusqu'à mi-hauteur de la cavité sinusienne. Avec la gouge et le maillet, on enlève cette tumeur, qui n'est autre qu'un kyste dentaire uniloculaire, développé, ainsi qu'on l'avait diagnostiqué, aux dépens de la racine de la deuxième molaire. Sa cavité, qui contient du pus, communique librement avec le pertuis alvéolaire. Sa paroi osseuse, doublée d'une membrane fibreuse propre, et tapissée, sur l'autre face, par la muqueuse du sinus, présente une *épaisseur considérable* qui varie de 1 à 2 millimètres. Après avoir soigneusement curetté et touché au chlorure de zinc au 1/10e le trajet fistuleux du bord alvéolaire, on pratique, comme dans la cure

radicale des sinusites, une large communication nasale, au-dessous du cornet inférieur, pour permettre le libre écoulement des sérosités, et l'on termine l'opération en fermant, par quelques points au catgut, la plaie buccale.

Les *suites opératoires* ont été simples. Les douleurs sourdes qui ont accompagné l'opération ont disparu le cinquième jour. La fistule alvéolaire s'est fermée immédiatement. Lorsqu'au bout de trois semaines la malade a quitté l'hôpital, l'écoulement séro-sanguinolent par la narine et le gonflement — conséquences obligées de l'acte opératoire — avaient disparu.

Depuis, la malade a été revue : la guérison est complète, sans la moindre déformation.

Les deux cas que nous venons de relater nous ont suggéré quelques réflexions sur l'anatomie pathologique, la clinique et la thérapeutique des kystes dentaires intra-sinusiens.

Tout d'abord, au point de vue *anatomo-pathologique*, ces cas constituent des exceptions. Si l'on passe en revue, en effet, les diverses observations que l'on peut trouver dans la littérature médicale, on se rend compte que les kystes dentaires faisant dans le sinus une saillie limitée et munie d'un revêtement osseux complet sont extrêmement rares : ce que l'on observe, dans l'immense majorité des cas, c'est un soulèvement en masse, quoique à des degrés divers, du plancher du sinus qui tend à en effacer la cavité au fur et à mesure que le kyste se développe. De plus, en même temps qu'elle est refoulée par le kyste, la lame osseuse s'amincit progressivement et finit par disparaître, laissant à nu la membrane propre du kyste qui, dans ces conditions, peut se rompre et vider son contenu dans la cavité sinusienne. Ce processus est le seul décrit par les auteurs qui expliquent l'amincissement de la lame osseuse, les uns par la seule action mécanique du kyste dentaire qui distend le plancher sinusien et le fait éclater comme une pression gazeuse trop forte fait éclater un ballon; les autres, par un processus d'ostéite raréfiante ou de résorption (Zuckerkandl). Malgré le cas,

pourtant plusieurs fois cité, de Cartwright[1], où la paroi kystique était comme calcifiée, aucun d'eux n'envisage la possibilité d'un *épaississement* de la coque osseuse du kyste dentaire. Or, cet épaississement était manifeste et considérable dans nos deux observations. De plus, le peu d'étendue de la base d'implantation de la coque kystique, sa saillie nette et conique, les bosselures de sa surface, ne permettent pas d'admettre que ce revêtement osseux ait été formé par le simple soulèvement d'une portion limitée du plancher du sinus, mais font plutôt songer à un processus actif d'ostéite condensante. Cela nous porte à croire que la paroi osseuse du plancher du sinus ne se comporte pas toujours de la même façon vis-à-vis du kyste dentaire sous-jacent, et qu'à côté des cas où cette lame osseuse — par distension ou par tout autre processus — s'amincit et tend à disparaître, il en est d'autres, moins rares peut-être qu'on ne serait tenté de le croire, où l'os, tout en cédant sous la poussée du kyste, réagit, s'irrite, prolifère et lui fournit un revêtement épais qui, au moins en partie, est de formation nouvelle. C'est cette dernière variété de kystes que notre maître, M. le Dr Moure, propose de désigner sous le nom de kystes para-dentaires *osseux* du sinus, pour indiquer la part importante, prépondérante même, que prend ici la coque osseuse qui entoure la membrane propre du kyste. Ces kystes, nous le répétons, n'ont pas été décrits, et nous avons cru utile, nécessaire même, de signaler et de combler cette lacune.

Le second point sur lequel nous voulons attirer l'attention concerne le *diagnostic*. Ce diagnostic est délicat : les auteurs ont insisté avec raison sur le silence presque absolu avec lequel se développent les kystes dentaires en général; si, par surcroît, le kyste est intra-sinusien, au défaut de signes fonctionnels s'ajoute l'absence totale de signes physiques; du moins, ceux-ci ne peuvent exister qu'après un temps très

1. Cartwright, cité par Heath, *in British med. Journ.*, 1887.

long, lorsque le kyste a acquis un développement tel qu'il refoule la paroi antéro-externe du sinus et détermine ainsi à l'extérieur une saillie appréciable à la vue et au toucher. Mais, tant qu'il reste intra-sinusien proprement dit, la tumeur ne manifeste son existence par aucun signe physique. Parfois des douleurs sourdes de la joue peuvent mettre l'attention du médecin en éveil; mais, dans la pratique, c'est le plus souvent quand le kyste a suppuré et a déterminé une fistule dentaire que l'on se trouve appelé à faire le diagnostic de l'affection.

Dans ces conditions, on porte neuf fois sur dix le diagnostic d'abcès dentaire : on fait arracher la dent malade, et du pus continue à s'écouler par l'alvéole. Le stylet introduit dans le trajet fistuleux conduit dans une cavité libre que l'on prend pour le sinus maxillaire, et, la cure radicale de l'empyème ayant été décidée, on reconnaît l'erreur sur la table d'opération.

Il nous semble cependant que, dans le plus grand nombre des cas, la distinction entre un kyste dentaire intra-sinusien suppuré et l'empyème chronique du sinus est possible pourvu que l'on ait soin, au cours des investigations, de rechercher et de noter certains points auxquels nous attachons une importance capitale.

Quelques signes, croyons-nous, tranchent la question en faveur du kyste intra-sinusien :

1° Le malade ne mouche pas et n'a jamais mouché du pus, du moins d'une façon persistante;.

2° A l'examen rhinoscopique, on ne constate pour ce motif aucune sorte d'irritation autour de l'infundibulum;

3° Une injection poussée par l'orifice alvéolaire *ne ressort pas par la narine* et reflue par l'orifice d'entrée.

Réciproquement, une injection poussée dans le sinus ne ressort pas par l'orifice alvéolaire et revient par la narine.

Ce signe est pathognomonique du kyste dentaire intra-sinusien. Seul, il nous a permis de porter, dans notre obser-

vation II, un diagnostic exact, et il nous eût évité, si nous avions accordé l'attention qu'il méritait, l'erreur commise dans l'observation I.

A vrai dire, il peut être en défaut dans les deux cas exceptionnels, soit de rupture du kyste dans la cavité sinusienne, soit d'oblitération passagère de l'orifice nasal du sinus. Dans le premier cas, le liquide de l'injection ressortant par la narine, la confusion est inévitable, et l'on porte le diagnostic de sinusite en méconnaissant le kyste. Dans le second, le liquide ne pouvant s'échapper par l'orifice nasal oblitéré, reflue par la perforation alvéolaire : on songe à un kyste dentaire alors qu'il s'agit d'une sinusite. Mais ici l'erreur peut être corrigée par la ponction du sinus qui permet de trouver celui-ci rempli par le liquide de l'injection, alors qu'il serait vide dans le cas de kyste dentaire; de plus, l'injection poussée par le trocart ressort par l'alvéole, ce qui ne se produit pas en cas de kyste.

L'intégrité presque constante de la muqueuse du sinus dans le cas de kyste dentaire constitue encore un bon moyen de diagnostic que l'on doit mettre à profit en associant la ponction du sinus à la perforation alvéolaire, et en comparant les résultats fournis par l'une et l'autre injection : le liquide injecté par le trocart revient clair et limpide par la narine, tandis que celui qui a pénétré par l'alvéole reflue par l'orifice d'entrée en ramenant du pus ou des mèches glaireuses, ce qui démontre l'existence de deux cavités distinctes, et, par conséquent, l'existence d'un kyste.

Nous n'insisterons pas sur la *diaphanoscopie,* qui ne paraît pas avoir une grande valeur diagnostique. Il semble, *a priori,* que, par l'éclairage des sinus, on doive trouver de l'obscurité du côté du kyste, comme cela se produit pour les sinusites. Or, Jacques et Michel [1] ont trouvé, au contraire, de la transparence, qu'ils expliquent par « l'amincissement loca-

1. *Loc. cit.*

lisé de la paroi sinusienne ». Cette proposition nous paraît contestable, car, dans les deux cas qui nous occupent, il existait de l'*obscurité* à l'éclairage diaphanoscopique.

Il est rationnel d'admettre que, dans ces mêmes cas, la *radiographie,* qui n'a pas encore été faite, pourrait donner quelque résultat.

Avant d'en finir avec ces commentaires, nous voulons dire un mot du *traitement* des kystes dentaires intra-sinusiens.

Comme on peut le voir par la lecture de nos observations, l'opération pratiquée sur nos deux malades (extirpation sanglante par la voie intra-sinusienne, suivie d'une large communication nasale) n'est autre chose qu'une cure radicale d'empyème du sinus selon le procédé classique de Cadwell-Luc modifié par M. Moure. Les temps sont les mêmes, avec cette différence que le grattage des fongosités est remplacé par l'ablation à la gouge et au maillet de la coque osseuse, et par l'extirpation complète de la paroi propre membraneuse du kyste. Cette conduite, qui a donné des résultats parfaits et que nous préconisons, diffère sensiblement non seulement des anciens procédés (grattage et bourrage à la gaze), mais de celui adopté par Jacques et Michel dans leur récent mémoire. Ces auteurs reprochent au traitement ordinaire de la sinusite appliqué aux kystes intra-sinusiens d'imposer au patient « une opération sérieuse, des pansements longs et désagréables, suivis d'un résultat souvent imparfait » ; ils redoutent le risque « d'une déformation trop marquée », et ils conseillent simplement :

1° L'excision et le grattage de la poche kystique ;

2° La rupture de la fragile cloison isolant la cavité du sinus de la cavité kystique, qu'ils transforment ainsi en « annexe du maxillaire ».

Ils terminent l'opération par la suture de l'incision buccale et considèrent que les sécrétions séro-muqueuses trouvent une voie d'évacuation suffisante dans l'orifice nasal du sinus.

Ces diverses propositions nous paraissent des plus contestables.

Tout d'abord, s'il est vrai que l'extirpation sanglante du kyste par la voie intra-sinusienne est un peu plus grave qu'un simple curettage, même avec effondrement de la paroi, il est exagéré de dire qu'elle est suivie de pansements longs et désagréables, puisque, précisément, elle n'en nécessite aucun, sauf, de loin en loin, quelques injections nasales et intra-sinusiennes.

En second lieu, la crainte que l'opération n'entraîne « une déformation trop marquée » nous paraît être illusoire. Les résultats opératoires constatés chez nos deux malades, et, d'une façon générale, chez tous ceux qui ont subi la cure radicale de leur sinusite, le prouvent surabondamment. Il est inutile d'insister sur ce point.

L'accusation de donner des « résultats souvent imparfaits », faite à la cure radicale de la sinusite appliquée au traitement des kystes dentaires, ne nous semble pas bien fondée et semblerait plutôt devoir s'appliquer au procédé de MM. Jacques et Michel : dans l'observation I de leur mémoire, ils constatent, en effet, un *retard* considérable *de la guérison*, retard qu'ils attribuent au bourrage à la gaze. Mais, dans leur observation II, où ce bourrage n'a pas été pratiqué, le résultat n'a guère été meilleur, puisque une fistule buccale a persisté, due, selon toute apparence, à l'accumulation des liquides séro-muqueux dans la cavité kystique, « annexe du sinus ». Ce fait ne se serait certainement pas produit si l'on avait ménagé une issue facile à ces sécrétions en pratiquant une large ouverture sur la paroi externe de la fosse nasale, au-dessous du cornet inférieur; il démontre donc, d'une façon éclatante, l'insuffisance de l'orifice normal du sinus comme voie d'écoulement des sécrétions séro-sanguinolentes post-opératoires. Son petit diamètre et surtout sa situation beaucoup trop élevée, l'inflammation obligatoire qui suit l'intervention, devaient le faire prévoir. D'où il suit que la

création d'une large communication nasale est le complément obligé de la cure radicale des kystes dentaires intra-sinusiens. Puisque la question a été tranchée dans ce sens, en ce qui concerne les sinusites, on ne saurait, sans commettre une faute de logique, adopter des conclusions différentes pour les kystes sinusiens. Nous maintenons donc, et c'est là notre conclusion, que le seul traitement rationnel des kystes dentaires intra-sinusiens est celui des sinusites maxillaires chroniques, c'est-à-dire l'extirpation sanglante et la destruction de toutes les autres travées osseuses saillantes par la voie canine, suivie d'une large communication nasale.

Telle est la conviction absolue que nous désirons voir partagée par tous nos confrères.

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE DE LONDRES

Séance du 12 avril 1901.

M. Cresswell Baber, président.

M. Spencer. — **Cas de tumeur de la corde vocale droite avec tuméfaction de la jambe chez un enfant de douze ans** *(Case of tumour of right vocal cord with a swoeling on the leg in a boy).*

Le cas a été montré à la dernière séance. Depuis, le malade prenait 75 centigrammes d'iodure de potassium par jour et des frictions d'onguent mercuriel chaque nuit.

Les deux tumeurs ont considérablement diminué, tendant à montrer qu'elles reconnaissent pour origine la même cause, et notamment la syphilis héréditaire.

M. Spencer se propose d'augmenter la dose d'iodure de potassium afin d'obtenir leur disparition complète.

M. Saint-Clair Thomson. — **Laryngite chronique avec ulcération d'une des cordes vocales** *(Man acted 33 with chronic laryngitis and ulcer on one vocal cord).*

Le malade, âgé de trente-trois ans, est venu consulter pour

de l'enrouement et un besoin constant de cracher qui dataient de six mois. Au premier examen, on trouva une laryngite subaiguë généralisée; les cordes étaient congestionnées, irrégulièrement tuméfiées et arrondies. Sur le tiers antérieur de la corde gauche siégeait une ulcération ovalaire en forme de bateau, recouverte d'un enduit grisâtre. Un épaississement sur la corde opposée paraissait venir s'adapter, à la phonation, à cette dépression ulcérée.

Température normale; pouls 86 ; pas de symptômes pouvant faire suspecter la tuberculose. Rien dans les organes thoraciques. Histoire vague de syphilis, et le malade avait été mis à l'iodure de potassium à la dose de 50 centigrammes, trois fois par jour.

A l'examen suivant, l'auteur ayant examiné le nez du malade, a trouvé les deux cornets moyens couverts de croûtes sèches verdâtres. Il prescrivit des irrigations antiseptiques et à la dernière visite il n'y avait plus de croûtes, mais on voyait du pus dans le méat moyen droit et dans l'orifice choanal droit. Malgré l'amélioration de l'état du nez, l'enrouement persiste encore. Ceci eut lieu il y a une quinzaine de jours, et depuis M. Thomson n'a vu le malade qu'aujourd'hui; avant d'instituer un autre traitement, il voudrait savoir si ses collègues ne sont pas d'avis que la laryngite chronique et l'ulcération sont dues à une infection d'origine nasale.

M. Felix Semon croit qu'il s'agit d'un cas de laryngite chronique simple, ni tuberculeuse ni spécifique.

M. le Président n'est pas sûr de la présence d'une ulcération dans ce cas.

M. Saint-Clair Thomson répond qu'au moment de formuler le diagnostic l'idée de tuberculose s'est d'abord offerte à son esprit; mais la température était normale, le pouls pas accéléré, et malgré des examens répétés du thorax, on n'a pu y découvrir aucun signe de tuberculose pulmonaire. Pas d'histoire de syphilis et l'iodure de potassium administré au malade, au lieu d'améliorer son état, l'a même aggravé. En dehors d'un état catarrhal, on n'a trouvé rien de bien net dans le nez. C'est pourquoi l'auteur se prononce pour une laryngite chronique consécutive probablement à une infection nasale.

M. Saint-Clair Thomson. — **Cas d'infiltration de la corde droite depuis trois mois** *(Case of infiltration of right cord of three months' duration).*

Le malade, âgé de quarante ans, est atteint d'enrouement depuis le mois de janvier. A l'examen les deux tiers postérieurs de la corde droite montrent une infiltration uniformément rouge. Les cordes se meuvent librement. Il existe une laryngite hypertrophique généralisée. Le cavum est propre. On enlève quelques polypes des deux fosses nasales. Pas d'antécédents syphilitiques; néanmoins on administre au malade un peu d'iodure. Le repos vocal et l'abstinence d'alcool et de tabac ne paraissent pas l'avoir amélioré.

M. Jobson Horne considère les altérations du larynx comme celles de la *pachydermie diffuse.*

M. Saint-Clair Thomson partage entièrement l'opinion de M. J. Horne et pense qu'il s'agit d'un cas de pachydermie diffuse.

M. Saint-Clair Thomson. — **Cas d'infiltration de la corde droite datant de six mois** *(Case of infiltration of the right vocal cord of six months' duration).*

Le malade, âgé de cinquante-six ans, était enroué depuis janvier 1900. La portion centrale de la corde était rouge, arrondie et infiltrée. En ce qui concerne les mouvements de la corde malade, M. Thomson était très embarrassé : tantôt leur mobilité était parfaite; tantôt, au contraire, leurs mouvements paraissaient lents et imparfaits. Le reste du larynx était normal. Le nez, le pharynx et les organes thoraciques paraissaient sains. Pas d'antécédents syphilitiques, mais le malade prenait 75 centigrammes d'iodure de potassium par jour, en trois fois, sans aucun résultat, d'ailleurs. En présence de l'apparence suspecte et incertaine de l'affection, M. Thomson invita sir Felix Semon à examiner le malade. Celui-ci conclut qu'il n'y avait pas de signes suffisants pour justifier le diagnostic de tumeur maligne.

Il y a deux mois, le malade vit M. Bultin qui, dans une lettre à M. Thomson, s'exprime de la façon suivante : « Je ne pense pas qu'il s'agisse ici d'une tumeur maligne. La surface affectée est trop lisse et les cordes trop mobiles pour un néo-

plasme. De même, la voix n'est pas aussi altérée qu'elle aurait dû l'être dans une tumeur de ces dimensions et caractères. D'autre part, je ne pense pas qu'une tuméfaction si limitée et circonscrite de la corde vocale soit la conséquence d'une inflammation chronique ordinaire. Cela ne ressemble ni à la tuberculose, ni à la syphilis, ni au groupe de tumeurs *infectieuses*. Deux fois, il m'est arrivé d'ouvrir le larynx pour des tumeurs similaires, sous l'impression que, si l'affection n'était pas maligne, elle était trop suspecte pour être abandonnée à elle-même. Dans un cas, j'ai trouvé au centre de la tuméfaction une petite masse qui m'avait paru être un caillot sanguin; dans l'autre cas, quelque chose de la même nature, mais de couleur moins foncée. Un des malades était clergyman, l'autre voyageur de commerce, c'est dire que tous les deux surmenaient beaucoup leurs voix. Dans mes deux cas, la corde malade était rouge. Je ne puis m'empêcher de soupçonner chez votre malade un cas de même nature, d'autant plus que sa profession l'oblige à parler beaucoup. J'ignore si vous pourrez vous débarrasser de la tumeur sans l'inciser ou en l'extirpant soigneusement, tout en prenant les plus grandes précautions pour ne pas blesser la corde. Pour ce faire, il sera nécessaire d'ouvrir le larynx par le cou. »

Un des cas de M. Butlin a été rapporté par sir Felix Semon dans un article intitulé : *Caillots sanguins simulant des néoplasmes du larynx*[1], et la description qu'il en donne ressemble beaucoup à celle du cas actuel.

M. Scanes Spicer. — **Néoplasme du larynx siégeant sur la paroi postérieure et accompagné d'une parésie de la corde vocale gauche** *(Case of laryngeal neoplasm occurring on the posterior wall, and accompanied by paresis of left vocal cord).*

Homme de quarante-neuf ans. Le seul symptôme était un enrouement à début graduel datant d'environ quatre ans. La tumeur était sessile et attachée à la paroi postérieure. Une portion en a été enlevée et l'examen microscopique, fait par un

1. *Ann. des mal. de l'oreille*, XXX, n° 8, 1899.

anatomo-pathologiste, a révélé sa nature tuberculeuse. Six semaines plus tard, ablation d'un nouveau fragment et nouvel examen microscopique par le même confrère qui, cette fois-ci, diagnostiqua une tumeur maligne.

Pas de douleurs, ni hémorragie, ni amaigrissement; pas d'adénite; pas d'infection purulente des sinus ou de sténose nasale; pas d'antécédents syphilitiques ni tuberculeux, et rien dans les occupations du malade ne pouvait faire supposer un grand surmenage vocal. Pendant deux mois, il a été mis à l'iodure de potassium, mais sans résultat. M. Spicer demande donc à ses collègues si, selon eux, l'aspect clinique de l'affection est suffisamment caractéristique d'une tumeur maligne pour nécessiter une laryngo-fissure.

M. F. Semon craint qu'on ne se trouve en présence d'un néoplasme malin. En raison de la petitesse de la tumeur, il conseillerait une thyrotomie exploratrice, ne fût-ce que pour établir le diagnostic, qui est certainement difficile.

M. S. Spicer accepte les remarques de sir Semon, l'aspect clinique de l'affection prêtant à équivoque et les résultats de l'examen histologique étant en contradiction avec l'histoire du cas. Cependant, quoiqu'il n'ait pas vu lui-même les coupes, il doute qu'il s'agisse cliniquement d'une tumeur maligne.

M. Scanes Spicer. — **Un cas de laryngite avec hyperplasie sous-glottique marquée au-dessous de la commissure antérieure** *(A case of laryngitis with marqued subglottic hyperplasia occurring below the anterior commissure).*

L'affection a débuté par un enrouement, il y a quatre mois. Le malade est anémié, mais pas de signes de tuberculose. Le patient ne tousse pas et n'a pas de sueurs nocturnes; il n'a pas maigri et n'a jamais eu d'hémoptysies. Depuis un mois le traitement consiste en pulvérisations au chlorure de zinc et en petites doses d'iodure de potassium.

Pour M. Spicer le cas est obscur, et sachant que le malade était un marchand de blés, il s'est informé de l'entrée possible d'une enveloppe de grain dans le larynx. Occasionnellement, l'épiglotte et les replis ary-épiglottiques devenaient œdémateux.

M. Dundas Grant pense qu'il s'agit d'un cas de tuberculose.

M. Pegler dit que n'était la démonstration de l'absence de tout signe de tuberculose pulmonaire, il aurait regardé la lésion laryngée comme bacillaire. Pour prouver combien les apparences sont parfois trompeuses, il mentionne un cas récemment observé par lui dont il se souvint à propos de la remarque de M. Spicer que, dans son cas, l'œdème avait dû survenir à la suite de l'irritation causée par une enveloppe de grain absorbée par le malade. Une femme se présenta à l'hôpital prétendant qu'elle avait avalé, huit jours auparavant, une arête de poisson et qu'elle la sentait encore dans la gorge. L'examen du larynx est resté négatif, mais on trouva un gonflement œdémateux très marqué de la région aryténoïdienne gauche; ce gonflement masquait complètement la glotte et les cordes vocales, excepté la portion antérieure de la corde droite. L'œdème pouvant être dû à de nombreuses sources d'irritation, un morceau de tissu a été enlevé et examiné par M. Lake. Nulle arête n'y a été trouvée, mais le gonflement commença à disparaître et une semaine après la malade apporta à l'hôpital une arête de carrelet relativement grosse qu'elle avait expulsée. Après quoi, l'œdème a rapidement disparu.

M. Logan Turner. — **Spécimen de larynx provenant d'un cas de diphtérie laryngée primitive** *(A specimen of a larynx from a case of primary laryngeal diphteria).*

L'intérêt du cas consiste dans ce fait que l'affection était entièrement confinée au larynx, qu'elle s'est rapidement terminée par la mort, et que le malade était un adulte extrêmement vigoureux. De fréquentes attaques de violente dyspnée nécessitèrent une trachéotomie. A l'autopsie, on trouva la muqueuse laryngée couverte de membranes diphtéritiques qui s'étendaient du sommet de l'épiglotte au cartilage cricoïde. L'examen bactériologique a décelé la présence du bacille Klebs-Lœffler et de streptocoques.

M. Logan Turner. — **Spécimen d'un larynx pour diagnostic** *(A specimen of a larynx for diagnosis).*

Le larynx était celui d'un enfant de huit ans mort subitement, au milieu de la nuit, d'asphyxie résultant de l'entrée de matières vomies dans le larynx et dans les bronches. Tous les autres organes étaient sains.

La muqueuse du larynx et de la portion supérieure de la trachée était parsemée de nombreux petits points blancs dont les dimensions variaient d'un demi à un millimètre et plus de diamètre, et qui ressemblaient à de petits tubercules miliaires. La face postérieure de l'épiglotte était presque complètement recouverte d'une grosse plaque blanche de même nature. Pas d'ulcération, ni gonflement.

Le microscope a montré que chaque point paraissait être formé d'une petite zone de tissu lymphoïde située au-dessous de la couche épithéliale, entre les glandes et la couche sous-muqueuse. Il n'existait pas de communication avec la surface. Pas de cellules géantes ni d'autres caractères de tuberculose.

M. Jobson Horne, qui a examiné le larynx et les préparations microscopiques, considère les nodules comme n'ayant aucune signification pathologique. L'épithélium ayant été détruit, la couche sous-jacente est devenue plus apparente.

M. Walsham. — Un cas de destruction du nez causée par un furet *(A case of destruction of the nose caused by a ferret).*

La malade est actuellement âgée de vingt-quatre ans. A l'âge de trois mois, elle a eu son visage entièrement rongé par un furet. Tout le nez, une partie de la peau du front et la plus grande partie de la lèvre supérieure avaient été détruits. Depuis, elle a subi dix-huit opérations plastiques dont la plus réussie avait été pratiquée par sir Thomas Smith en 1887, qui prit de la peau du bras, celui-ci étant resté attaché à la face pendant vingt jours.

La restauration de la lèvre et de la narine gauche a admirablement bien réussi. La malade a également subi une opération auto-plastique par la méthode indienne, mais cette dernière a échoué.

La narine droite, qui avait été ouverte, s'est fermée après une dernière opération en 1899.

M. Jobson Horne. — Un cas d'épithélioma du larynx *(A case of epithelioma of the larynx).*

Le malade, âgé de soixante ans, a eu, en août 1899, une attaque de grippe suivie d'une altération de la voix qui, depuis,

allait en augmentant. Il n'éprouvait ni gêne ni douleurs, et n'a consulté aucun médecin. Excepté quelque refroidissement occasionnel, sa santé générale était bonne.

La tumeur occupait les deux tiers antérieurs de la corde droite et paraissait être limitée à cette région. La plus grande partie de la tumeur était une masse papillomateuse qui remplissait le tiers antérieur de la glotte. Étant partiellement cachée par la bande ventriculaire du côté opposé, on n'en pouvait avoir une image parfaite qu'aux inspirations profondes. La corde droite était immobile; la gauche non atteinte. Tout le larynx était congestionné, mais l'hyperémie était plus marquée à droite qu'à gauche. Point d'engorgement ganglionnaire.

L'iodure de potassium, pris pendant la dernière quinzaine à la dose journalière de 1gr.50 n'a produit aucune modification appréciable.

M. LE PRÉSIDENT considère le cas comme une tumeur maligne. Il y a défaut d'action du côté droit du larynx.

M. F. SEMON ne met pas un instant en doute la nature maligne de la tumeur. Il ne faut point hésiter, d'après lui, à pratiquer la thyrotomie et à extirper la tumeur.

M. FITZ-GERALD POWELL a vu le malade en janvier dernier et, sûr d'avoir affaire à un néoplasme malin, il proposa une opération, mais le malade a décliné cette offre et depuis il ne l'a plus revu. Quoiqu'il n'ait pas changé d'opinion quant à sa nature maligne, il est frappé par ce fait que depuis le mois de janvier, la tumeur n'a pas augmenté de volume, ni beaucoup changé d'aspect.

M. JOBSON HORNE remercie ses collègues d'avoir exprimé leurs opinions qu'il partage entièrement.

M. FITZ-GERALD POWELL. — **Un cas de tuberculose du larynx chez un jeune homme de dix-huit ans** *(Case of tubercle of the larynx in a man acted 18)*.

Le malade prétend que depuis quatre ans, il souffre d'enrouement graduellement croissant et de difficulté de la respiration accompagnée d'accès de suffocation la nuit. Il y a cinq ans, il eut un érysipèle de la face et de la tête, et il y a un an, apparut l'éruption, actuellement visible sur le nez et la face. Il se plaint de douleurs à la déglutition.

L'examen laryngoscopique montre l'épiglotte, les aryténoïdes, les bandes ventriculaires, et le reste du larynx pâles et très tuméfiés ; il semble qu'il n'y ait que très peu d'espace pour la respiration. La tuméfaction est en partie recouverte d'érosions superficielles.

L'auteur se propose de faire un curettage du larynx et des attouchements à l'acide lactique ; contre l'éruption du nez et de la face, il a employé avec quelque succès une pommade à l'acide salicylique au cinquième.

M. Wyatt Wingrave. — **Spécimens de cas récents démontrant les duex principales classes de papillome intranasal.**

1° La variété squameuse appartient localement au vestibule et est histologiquement identique à la verrue cutanée ordinaire.

2° La variété cylindrique columnaire appartient exclusivement à la muqueuse, et ne se rencontre jamais à l'entrée dans le vestibule.

Cette dernière variété peut prendre naissance sur la cloison, le plancher du nez ou les cornets. Histologiquement, elle présente des digitations de tissu myxœdémateux revêtu d'un épithélium columnaire, cilié, reposant sur une membrane basale hyaloïde.

Des verrues de la muqueuse peuvent cependant être revêtues d'un épithélium squameux, caractère hétérologue dû à une irritation causée par des altérations rétrogrades comme on en voit dans la rhinite atrophique et souvent dans des polypes à accroissement lent.

Un des spécimens est une tumeur sanguine. C'est un papillome squameux ayant pris naissance sur la cloison à un demi-pouce en arrière du vestibule et au-dessus du plancher. Le centre de cette tumeur est formé d'un grand nombre de vaisseaux sanguins à parois très minces se rendant dans les digitations.

Des tumeurs « sanguines » autres que malignes et granulomateuses appartiennent le plus souvent à l'un des deux types de papillome.

M. Attwood Thorne. — **Un cas de pharyngo-mycosis chez une femme** *(A case of pharyngo-mycosis in a female).*

M. Scanes Spicer dit que la question qui importe est de savoir si ces cas doivent être énergiquement traités ou non. Quand les malades sont tourmentés par des symptômes tels que sensation de corps étranger, picotement, gêne, acidité de l'haleine, goût désagréable et dyspepsie flatulente, il recommande un traitement actif tel que grands lavages de la bouche avec des solutions antiseptiques alcalines, attouchements des cryptes avec une solution de perchlorure de mercure, ou insertion d'une pointe de galvano dans trois, quatre ou six cryptes à la fois. Ces cas sont ordinairement très rebelles et même un long repos alternant avec des périodes de traitement actif ne met nullement à l'abri d'une récidive. Les malades atteints de mycosis sont généralement contents d'être seuls.

M. Pegler demande si le malade se plaint d'un mauvais goût dans la bouche; dans un cas récemment traité par lui c'était le principal symptôme; certains auteurs classiques en font un symptôme qui domine tous les autres.

M. F. G. Powell conseille un raclage avec une curette tranchante une ou deux fois dans l'espace de huit jours et l'application d'une solution de nitrate d'argent.

M. Wyatt Wingrave insiste sur l'importance du diagnostic différentiel entre la leptothricie vraie et la kératose des amygdales. Cette dernière se présente sous forme de projections papillaires dures, difficiles à extirper, et montre sous microscope l'épithélium corné typique avec peu ou point de leptothrix. Il a observé qu'une solution saturée d'acide salicylique était le meilleur traitement contre la kératose, tandis que le pharyngo-mycosis vrai cède surtout aux antiseptiques et à l'acide sulfurique.

M. Parker dit que ce qu'il faut surtout se rappeler dans le traitement de cas de mycosis — et c'est là le point le plus important — c'est qu'au début de l'affection, le champignon est très adhérent et difficile à arracher ou à détruire, mais que si on l'abandonne pendant quelques mois, il finit généralement par se ramollir et l'on peut alors l'extirper facilement. C'est pourquoi il recommande de ne toucher à la tumeur que lorsqu'elle se sera ramollie.

M. F. Semon dit qu'en reprenant la discussion sur le traitement du mycosis du pharynx, la Société s'est engagée dans un sentier battu, le même sujet y ayant été déjà récemment discuté.

Lors de la première discussion, chaque orateur a recommandé tel ou tel remède comme donnant d'excellents résultats et il y eut

en même temps une très grande divergence d'opinions. Personnellement, il trouve que tous ces cas, qu'il s'agisse du type leptothricique ou d'une kératose vraie, s'observent toujours chez des personnes dont l'état général laisse beaucoup à désirer ; et si on leur ordonne un changement d'air, des toniques, du repos, des exercices au grand air, etc., ces malades guérissent très bien sans aucun autre traitement, médical ou chirurgical. Le mauvais goût dans la bouche n'est pas du tout, selon lui, un symptôme constant.

M. Attwood Thorner répond que sa malade ne se plaignait nullement d'un mauvais goût dans la bouche. Personnellement, il n'est pas partisan d'un traitement énergique.

M. Herbert Tilley. — **Cas de suppuration antrale avec distension marquée de la paroi interne de l'antre** *(Case of antral suppuration with marqued distension of the inner antral wall).*

Le malade, jeune homme de seize ans, vint se faire traiter pour l'impossibilité de respirer par la narine droite et pour un écoulement purulent nasal, associés à un sentiment de langueur et de tristesse.

L'examen de la fosse nasale droite fit constater un gonflement énorme de la paroi antrale interne qui touchait la cloison. Une pression exercée à l'aide d'une sonde vers l'extérieur faisait entendre du bruit et une sensation de crépitation. Un pont osseux traversait le gonflement de haut en bas, et, à première vue, son aspect ressemblait beaucoup à celui d'un gonflement du cornet moyen, mais ce dernier os était visible dans sa position normale.

Le pont osseux était incontestablement l'apophyse unciforme de l'ethmoïde, et immédiatement en avant de celle-ci le gonflement pouvait être facilement pénétré par une sonde chirurgicale ordinaire.

L'auteur fit arracher la seconde bicuspide droite supérieure, qui était cariée et, pendant trois mois, le malade faisait deux fois par jour des lavages antiseptiques du sinus. L'écoulement cessait aussi longtemps qu'il continuait les irrigations, mais il reparaissait de nouveau s'il les interrompait pendant deux ou trois jours.

La question se pose, si l'on doit intervenir par une opération

radicale, telle que l'ablation de la paroi interne distendue, voire même par un procédé plus radical.

M. LE PRÉSIDENT dit que la paroi interne de l'antre lui paraît très distendue, mais pour en être tout à fait certain, l'examen avec un stylet fin est nécessaire. Il déconseille une opération radicale, tout au moins pour le présent. L'ouverture par l'alvéole n'a été faite qu'au mois de janvier dernier et, comme au dire du malade l'écoulement est peu abondant, on pourrait continuer les irrigations pendant quelque temps.

M. F. G. POWELL dit que s'il est vrai qu'il n'existe pas d'écoulement du tout, il ne croit pas à la nécessité d'une opération radicale dans l'unique chance de découvrir des polypes.

M. SCANES SPICER est d'avis qu'on peut, sans inconvénients, attendre quelque temps avant d'avoir recours à une opération; cependant, selon lui, on devra faire quelque chose de plus radical soit par le nez soit par la fosse canine, parce que les propriétés irritantes de l'écoulement par l'orifice maxillaire entretiennent une ethmoïdite et une inflammation de l'apophyse unciforme en produisant l'aspect décrit sous le nom de *clivage*.

M. PEGLER. — **Un cas de kyste de la thyroïde** *(Case of cyst of the thyroid).*

La malade est une femme âgée qui reçoit les soins du Dr Frederick Spicer à l'obligeance de qui l'auteur doit de présenter la patiente à la Société. La question d'une opération ayant été soulevée, M. Spicer voudrait savoir l'opinion de la Société.

La tumeur est du volume d'une orange, tendue et fluctuante, et son début remonte à dix-huit mois. Il existe des symptômes de compression qui ont augmenté dans ces derniers temps; le larynx est considérablement déplacé.

M. LE PRÉSIDENT dit qu'il a toujours été sceptique en ce qui concerne la nature kystique de ces tumeurs. Il en a observé un grand nombre de cas, et il est d'avis que sans une ponction exploratrice il n'est pas possible de se prononcer avec certitude sur leur nature kystique. Ceci, croit-il, n'a pas été fait dans le cas actuel; il est probable qu'on y trouvera, non pas un seul, mais plusieurs kystes. Quant au traitement, la décortication de ces kystes peut ordinairement être pratiquée sans grandes difficultés, mais dans

les cas où ce moyen ne peut être mis à exécution, il procède autrement : il suture alors la paroi du kyste au bord de la peau et laisse la cavité se combler de granulations. Cela demande plus de temps, mais donne d'excellents résultats. Depuis plusieurs années, il a l'habitude de ponctionner les goitres dans un but explorateur, mais il y a renoncé depuis une récente expérience. Il s'agissait d'une femme de vingt-cinq ans atteinte d'un goitre pas très volumineux; immédiatement après l'avoir ponctionné et évacué quelques gouttes de sang, la glande se tuméfia légèrement, et quelques jours plus tard s'est formée une ecchymose énorme qui s'étendait en bas jusqu'aux seins. Celle-ci disparut bientôt et la glande revint à son premier volume. Il existait, dans ce cas, de la tachycardie, mais pas d'exophtalmie.

M. DUNDAS GRANT demande si quelques-uns de ses collègues ont obtenu de bons résultats par la ponction suivie d'une injection de perchlorure de fer, d'après la formule de sir Morell Mackenzie. Ce procédé lui a réussi dans plusieurs cas. Il s'est guidé par le degré d'affaissement subi par le kyste après la ponction et avant l'injection.

M. F. SEMON se dit en mesure de répondre à la question de M. Grant. Il y a quinze ou vingt ans, il y eut une vive polémique dans le *British medical Journal* au sujet du traitement des goitres par des injections. Il a alors cité un grand nombre de cas montrant que l'injection d'iode était parfois très dangereuse. Depuis, il a eu connaissance d'un autre cas, où une injection de fer après la ponction du kyste a eu pour résultat une inflammation de la glande suivie de septicémie et de mort. Dans les premières années, il a lui-même employé la méthode d'injections dans un grand nombre de cas et, personnellement, il n'a jamais obtenu de mauvais résultats, mais, à présent, il a complètement renoncé à cette méthode de traitement. La chirurgie de la glande thyroïde a fait de si grands progrès qu'on ne doit plus recourir à des expédients tels que les injections, quand on peut enlever la tumeur chirurgicalement et beaucoup plus simplement.

M. LE PRÉSIDENT partage la manière de voir de sir Felix Semon sur les injections de fer, dont les résultats ne sont pas satisfaisants. Elles peuvent déterminer des abcès et donner lieu à des troubles graves.

M. SAINT-CLAIR THOMSON pense que la ponction et l'injection doivent disparaître du manuel de la chirurgie moderne. Elles avaient leur raison d'être dans la période pré-antiseptique, quand on craignait d'ouvrir ces cavités, mais à présent elles peuvent être ouvertes sans qu'on ait rien à redouter.

M. F. G. Powell dit que le meilleur traitement est l'ablation de la tumeur. Selon lui, la décortication offre beaucoup moins de danger que la ponction et l'injection. Il rappelle un cas dont il fut témoin et où un chirurgien bien connu a introduit des aiguilles pour le traitement par l'électrolyse. Le malade est mort dans l'espace d'une demi-heure.

M. R. Charsley. — **Un cas de rhinolithe (?) chez un enfant** *(Case of rhinolithe (?) in a child).*

M. Athvood, pour qui il s'agit ici d'un corps étranger, exprime le désir que le cas soit représenté à la prochaine réunion.

M. le Président préfère appeler le cas corps étranger plutôt que rhinolithe. Il a employé un stylet, mais n'a pu sentir aucun corps solide. Il y a là soit une tumeur, soit un corps étranger obstruant la fosse nasale.

M. Charsley n'a pu obtenir aucun renseignement sur l'introduction d'un corps étranger dans le nez. Le corps est blanc, dur et très mobile, mais il serait embarrassé pour dire de quelle nature il est. C'est seulement la veille qu'il a vu le malade pour la première fois.

N. B. — Le lendemain de la réunion, l'enfant ayant été endormi, on retira du nez un morceau de caoutchouc mesurant un pouce de long sur un demi-pouce de large.

M. Lambert Lack. — **Un cas de tumeur insolite de la paroi postérieure du larynx** *(Case of unusual tumour of the posterior wall of the larynx).*

Il s'agit d'une femme de trente-neuf ans, mariée, qui depuis quinze ans souffre de temps à autre d'une difficulté de la déglutition. Depuis trois mois, cette gêne s'est beaucoup aggravée et la voix est devenue faible. La malade est maigre, mais pas cachectisée; pas d'engorgement ganglionnaire dans le cou. A l'examen laryngoscopique, on trouve une grosse tumeur nodulaire pâle faisant saillie de la face postérieure des aryténoïdes sur le côté droit. Elle est molle au toucher et paraît avoir pris naissance sur la face postérieure du cartilage cricoïde. La tumeur n'est certainement pas un épithélioma; ce serait plutôt un sarcome ou néoplasme bénin.

M. F. Semon considère le cas comme très intéressant
rare. Ce dont il est sûr, c'est que ce n'est pas un carcinome;
même porté à croire que la tumeur n'est pas davantage un sa
S'il s'agissait d'un néoplasme malin, il y aurait eu à prése
infection secondaire des lymphatiques et une altération des
vements de la corde vocale du côté atteint par insuffisance n
thique du muscle crico-aryténoïdien postérieur. Ces deux
faisant ici défaut, il est convaincu de la nature bénigne
tumeur. Il conseille donc d'en enlever un fragment à l'a
d'en faire faire l'examen microscopique. Le traitement ul
sera basé sur le résultat de cet examen.

M. Saint-Clair Thomson pense que la tumeur aurait d
décrite comme œsophagienne. Il partage l'opinion de M.
et rappelle avoir vu ensemble avec ce dernier, en consultati
cas analogue. La malade était une femme du Cap qui a
arrière du larynx une tumeur d'apparence suspecte. Ils conc
à l'existence d'un abcès en connexion avec le larynx; la t
ressemblait à celle du cas de M. Lack. Leur malade retou
Cap il y a deux ou trois ans et ils apprirent qu'elle se port
bien. C'était une femme âgée. Les ganglions n'étaient pas en
Aucun traitement opératoire n'a été essayé.

M. Jobson Horne dit que selon lui la tumeur a pris pri
ment naissance dans la région aryténoïdienne; ce serait do
tumeur laryngée et non pas œsophagienne.

M. Dundas Grant. — **Cas de lupus de la cloison avec
gissement du dos du nez chez une jeune fille** *(Case o
of the septum and widening of the dorsum of the nose in a
gil).*

M. Dundas Grant. — **Cas de pachydermie des apop
vocales** *(Case of pachydermia of the vocal processes).*

Le malade, dont les occupations nécessitent l'usage co
de la voix, est devenu depuis plus d'un an de plus e
enroué. Les apophyses vocales présentent des tuméf
très typiques de la pachydermie. Il a été traité par des
chements d'une solution faible d'acide salicylique. L
s'est améliorée, mais il n'y a aucune modification dans
des tuméfactions pachydermiques.

M. Dundas Grant. — **Perforation spécifique du palais et ulcération du larynx d'apparence tuberculeuse** *(Case of specific perforation of the palate and ulceration of the larynx of tuberculous appearance).*

La perforation du palais était caractéristique de la syphilis tertiaire; la malade a eu plusieurs fausses couches et présentait d'autres signes d'infection syphilitique. Dans le larynx, l'épiglotte était tuméfiée et ulcérée; l'aspect de l'affection laryngée ressemblait à la tuberculose, mais sans augmentation de sécrétions. M. Grant demande si quelques-uns de ses collègues ont observé cet aspect dans des cas de syphilis purs. Selon lui, on se trouve ici en présence d'un cas mixte de syphilis et de tuberculose.

Trivas.

REVUE GÉNÉRALE ET ANALYSES

NEZ ET PHARYNX NASAL

Traitement de l'ozène par le bleu de méthylène, par le Dr Bonnet, de Massiac.

A propos d'un travail communiqué à l'Académie de médecine par l'auteur, M. Hallopeau fait un rapport qui est ainsi résumé dans la *Semaine médicale :*

« Le traitement de l'ozène consiste en irrigations des fosses nasales avec une solution de bleu de méthylène à 2,50 o/oo, pratiquées d'abord trois fois, puis une fois par jour; ces irrigations ont l'inconvénient de colorer en bleu l'orifice des narines, ainsi que la lèvre supérieure; toutefois, elles font disparaître assez rapidement l'odeur des fosses nasales, et la guérison est généralement obtenue au bout de trois ou quatre semaines.

» En ce qui concerne l'ozène syphilitique, le bleu de méthylène agit exclusivement sur les infections associées qui en sont la cause prochaine. »

Pour tous ceux qui connaissent combien est tenace et rebelle le coryza atrophique ozénateux, la communication de M. Bonnet ne manquera pas de surprendre et d'engendrer de

la part du lecteur une forte dose de scepticisme. Le coryza atrophique ozénateux ne guérit pas en trois semaines. Si l'odeur est susceptible de disparaître momentanément, après une seule injection bien faite, ayant débarrassé le nez de toutes les croûtes qui l'encombrent, l'atrophie, elle, est un peu plus tenace, quoi qu'en dise M. Bonnet. (Commun. à l'Acad. de méd., séance du 8 octobre 1901, *in Semaine méd.*, n° 42, 9 octobre 1901.)

Dr BRINDEL.

Note préliminaire relative à l'emploi de l'extrait de capsules surrénales en rhinologie, par le Dr E. LABARRE.

L'auteur a spécialement étudié l'extrait suprarénal dans le traitement de la fièvre des foins : il a obtenu dans plusieurs cas de très bons résultats. C'est en solution et sous forme de frictions énergiques de la muqueuse que ce médicament donne les meilleurs résultats. Il faut, autant que possible, employer une solution préparée extemporanément, ou bien, ce qui est plus pratique, se servir d'ampoules fabriquées spécialement à cet usage par les laboratoires de produits organiques. La dose de ces ampoules est d'environ 10 centigrammes d'extrait pour 1 centimètre cube de solution. Grâce à sa parfaite innocuité, l'application d'extrait peut être fréquemment renouvelée, d'autant plus que l'accoutumance au médicament ne se produit pas. (Extr. du *Journ. de méd. de Bruxelles*, n° 20, 16 mai 1901.)

Dr F. ARDENNE.

LARYNX ET TRACHÉE

Un cas de nodules des cordes vocales. Guérison par le traitement médical, par le Dr LACOARRET.

L'auteur rapporte l'histoire d'une jeune fille se destinant au théâtre, chez laquelle le surmenage de la voix avait amené la production sur les cordes vocales, au lieu d'élection, de deux nodules symétriques.

Le traitement fut purement médical, il consista : en repos absolu de l'organe, lavages du nez, pommade et poudre à priser, pulvérisations antiseptiques alternées avec une solution astringente, frictions sèches sur le haut de la poitrine, fréquents purgatifs salins.

Au bout de huit mois, les cordes vocales ne présentaient plus la moindre trace de nodules. Cependant, le traitement est encore continué pendant deux mois.

Pour terminer, la malade est envoyée aux eaux sulfureuses.

Le chant est alors repris, avec un changement de méthode et recommandation d'éviter toute fatigue.

Depuis, le larynx s'est parfaitement bien comporté : on ne trouve aucune trace de fatigue, et la guérison peut être considérée comme absolue. (*Ann. de la Policlin. de Toulouse*, octobre 1900.)

Dr G. Dupond.

Sténose laryngée totale chronique; intervention chirurgicale; guérison, par L. de Ponthière, de Louvain.

L'auteur rapporte un cas de sténose laryngée totale, consécutive au tubage pratiqué pour la diphtérie.

Il s'agit d'un enfant de cinq ans et demi, qui, à l'âge de deux ans, fut tubé pour diphtérie. Huit jours après, le tube fut enlevé; mais la guérison n'étant pas parfaite, une trachéotomie consécutive fut nécessaire. Quand on voulut supprimer la canule, on s'aperçut que l'enfant ne pouvait pas respirer, et on la replaça.

Dans l'espace de quatre ans, le petit malade fut chloroformisé trente-six fois, opéré, et toujours sans succès.

C'est dans cet état qu'il fut amené au professeur Debaissiux, qui décida une nouvelle intervention dans le but de rétablir la perméabilité laryngée, et, en second lieu, de maintenir cette perméabilité.

La thyrotomie fut pratiquée, et il ne fut possible d'écarter les lames du thyroïde qu'après avoir excisé tout le tissu cicatriciel qui remplissait la cavité laryngienne.

Pour éviter un nouvel accolement des parois cruentées, on plaça d'abord des petites bougies en étain, qui, au bout de quelque temps, furent remplacées par un système ingénieux de canules, l'une trachéale, et l'autre laryngée; ainsi le courant respiratoire put se faire par la voie normale laryngo-trachéale.

L'indication de dilatation progressive étant surtout importante à remplir, il fut construit une série de canules sur le même type.

Depuis un an, la perméabilité du larynx est rétablie, l'enfant peut parler, mais il est évident que ce traitement prothétique devra durer plusieurs années, jusqu'à ce que la charpente cartilagineuse du larynx ait gagné assez de solidité et d'ampleur pour se passer de soutien. (*Ann. des mal. de l'oreille,* novembre 1900.)

Dr G. DUPOND.

Papillome volumineux du larynx (Soc. de méd. de Nancy), par M. JACQUES.

L'auteur présente à la Société une volumineuse tumeur du larynx extirpée en trois séances, par morcellement, chez un homme âgé, aphone depuis trente-quatre ans. Depuis la dernière opération, remontant à quinze jours, la voix commence à se rétablir et la respiration est redevenue très libre. (*Rev. méd. de l'Est,* novembre 1900.)

Dr G. DUPOND.

Paralysie pseudo-bulbaire et phénomènes laryngés, par le Dr Albert COMTE.

L'auteur entend par paralysie pseudo-bulbaire une paralysie des muscles de la phonation et de la déglutition, due à des lésions siégeant dans l'axe cérébro-médullaire sans atteindre directement ni les nerfs craniens ni leurs noyaux d'origine. Les lésions en question sont, la plupart du temps, des foyers de ramollissement multiples dépendant soit de l'artério-sclérose, soit de la syphilis, soit des maladies du cœur ou de la sclérose cérébrale. Le malade est en général un vieillard ayant eu plusieurs attaques apoplectiques : les symptômes sont la dysphagie et la dysarthrie, auxquelles se joignent souvent une hypersécrétion salivaire et un écoulement de salive hors de la bouche lorsque celle-ci reste entr'ouverte par suite de la parésie de l'orbiculaire des lèvres. Du côté de la face, on notera une hémiplégie faciale; la langue est plus ou moins touchée; le voile du palais est fréquemment atteint. Les mouvements du maxillaire inférieur sont aussi susceptibles de troubles assez notables. Du côté du larynx, il s'agit le plus souvent d'une coaptation incomplète des deux cordes pendant l'émission des voyelles. Chez une malade observée par l'auteur et le Dr Natier, on constata un phénomène particulier : pendant

la respiration tranquille, la corde vocale droite était animée de mouvements rythmiques d'abduction et d'adduction, et ne restait pas un seul moment au repos; les deux cordes, et surtout la gauche, étaient atrophiées, et il y avait adduction incomplète de la corde gauche pendant la phonation. Tous ces phénomènes paralytiques ont un caractère commun d'une extrême importance : ils ne s'accompagnent pas de réactions de dégénérescence ni d'atrophie, ou tout au moins l'atrophie y est-elle très rare, très tardive et nullement en rapport avec l'intensité des phénomènes paralytiques. A ces troubles se joignent d'autres manifestations paralytiques du côté des membres, des troubles intellectuels, etc. Le pronostic est sérieux. On aura à faire le diagnostic avec la paralysie bulbaire progressive de Duchenne, les névrites des nerfs craniens, la paralysie bulbaire asthénique, la compression ou plus rarement les hémorragies du bulbe, et enfin avec la paralysie bulbaire apoplectiforme, qu'il est particulièrement difficile quelquefois de distinguer de la paralysie pseudo-bulbaire.

Le traitement, sauf en cas de syphilis, est à peu près nul. On devra parfois, vu les troubles de la déglutition, nourrir le malade à la sonde; au point de vue prophylactique, combattre l'artério-sclérose et l'hypertension vasculaire qui l'accompagne souvent et qui se trouve liée à des altérations rénales. (Extr. de *La Parole,* nº 1, 1901.) Dr F. Ardenne.

OREILLES

Otite moyenne chronique droite avec accidents pseudo-méningitiques; trépanation de l'apophyse mastoïde et de la caisse; guérison, par M. Noel Anderodias.

Il s'agit d'une jeune fille atteinte d'otorrhée droite datant de dix ans, accompagnée d'un écoulement fétide. De plus, la malade éprouvait des vertiges et des maux de tête très violents ; perte de l'appétit et amaigrissement.

Le conduit, en partie atrésié, renfermait trois polypes; le tympan et le manche du marteau n'existaient plus.

L'opération fut pratiquée d'après le procédé de Zaufal. L'antre, rempli de fongosités recouvertes de pus crémeux,

fut curetté et mis en communication large avec la caisse; il existait une perforation du toit du tympan.

La plaie fut tamponnée avec de la gaze iodoformée par le conduit et par la plaie.

La malade était guérie au bout de six mois.

L'audition a été très améliorée, et l'état général du sujet est devenu excellent. (*Gaz. méd. de Picardie*, novembre 1900.)

Dr G. Dupond.

Deux cas de mastoïdite dite primitive, par le Dr J. Toubert.

L'auteur rapporte deux cas de mastoïdite aiguë suppurée qui ont évolué sans perforation constatable du tympan. Chez l'un, il y a eu début de phlegmon temporo-mastoïdien; chez l'autre, on a trouvé le sinus latéral dénudé. La trépanation a été appliquée dans les deux cas et a amené la guérison.

Il fait suivre ces deux observations de remarques au point de vue de l'étiologie et de la pathogénie de l'affection; au point de vue de son anatomie pathologique, de son évolution et de son diagnostic.

Quant au traitement, il doit être chirurgical, car il agit vite et bien.

Si l'on compare les résultats de l'intervention aux dangers de l'abstention, on peut conclure qu'à la rigueur il vaut mieux trépaner inutilement que de méconnaître l'indication d'ouvrir une mastoïde infectée. (*Archiv. internat. de laryngol.*, octobre 1900.)

Dr G. Dupond.

Anomalie du pavillon de l'oreille et occlusion du conduit auditif externe, par le prof. Foucher.

Il s'agit d'une femme de trente-huit ans, chez laquelle il n'existe pas de conduit auditif externe communiquant librement à l'extérieur.

Les tragus seuls offrent une difformité.

Cependant, le sujet entend la montre au contact et la conversation à deux pieds. Ce cas est intéressant par sa rareté. L'auteur n'a pas cru devoir intervenir chirurgicalement. (*Union méd. du Canada*, décembre 1900.)

Dr G. Dupond.

Emploi du bleu de méthylène dans le traitement des otites moyennes suppurées chroniques, par le Dr Gaudier, de Lille.

La mode paraît être au bleu de méthylène. Nous venons de lire et de résumer pour cette *Revue* une communication du Dr Bonnet sur ce médicament qui, en trois semaines, au dire de l'auteur, *guérit* le coryza atrophique ozénateux.

M. Gaudier, lui, l'emploie en instillations dans l'oreille atteinte d'écoulement chronique et odorant principalement chez les enfants.

Après deux mois d'essai, sur 9 individus chez lesquels l'affection rhino-pharyngée a été traitée concurremment, M. Gaudier relate le résultat de son expérience. Sur 9 enfants, 7 ont guéri complètement par des pansements journaliers en l'espace de vingt-cinq à trente jours. Un malade a été perdu de vue. Chez le neuvième, une petite fille, l'apparition d'accidents mastoïdiens fit arrêter le traitement.

Voici le mode d'emploi : après lavage du conduit, instillation de XV à XX gouttes de solution à 1/500 de bleu de méthylène tiédie. Ce bain est prolongé pendant cinq minutes, et pendant ce temps, à deux ou trois reprises différentes, on fait faire du Valsalva. Le barbotage fait pénétrer dans la caisse le bleu de méthylène. (*Écho méd. du Nord,* n° 41, 13 octobre 1901.)

Dr Brindel.

L'oreille moyenne dans les maladies infectieuses, par le Dr M. Parmentier.

L'auteur exprime tour à tour la façon dont l'oreille est touchée dans la plupart des maladies infectieuses : dans la grippe et les exanthèmes aigus, dans la scarlatine, la rougeole, la variole, la fièvre typhoïde, la tuberculose, la diphtérie, la pneumonie, la coqueluche, la puerpéralité, les oreillons, etc.

Il faut, au cours de ces infections, surveiller attentivement l'oreille, non seulement en vue d'éviter des lésions d'un organe sensoriel important, mais encore des complications du côté du cerveau et de ses enveloppes. (Extr. du *Progrès méd. belge,* n° 5, 1901.)

Dr F. Ardenne.

Bordeaux. — Impr. G. Gounouilhou, rue Guiraude, 11.

22e ANNÉE. N° 45. 9 NOVEMBRE 1901.

REVUE HEBDOMADAIRE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

THROMBO-PHLÉBITE ISOLÉE DE LA JUGULAIRE INTERNE
A FORME SEPTICO-PYOHÉMIQUE D'ORIGINE OTIQUE SANS PARTICIPATION DU SINUS LATÉRAL SANS MASTOÏDITE. GUÉRISON[1]

Par le Dr **DUBAR**, de Paris,
Médecin auriste du Dispensaire de la Maison-Blanche.

Les cas de thrombo-phlébite du sinus latéral ou du canal sinuso-jugulaire ont été parfaitement étudiés parce que relativement nombreux. Ils apparaissent en général comme complications d'une vieille otorrhée réchauffée par une grippe ou un coryza.

La thrombose isolée de la jugulaire interne constitue une entité clinique bien établie aujourd'hui. Elle apparaît comme complication des otites moyennes suppurées, aiguës ou subaiguës.

La première observation est relatée par Gibert[2], et Robin, dans sa thèse d'agrégation, en compte 10 cas. Broca, dans son *Traité de chirurgie cérébrale,* déclare que « la veine jugulaire peut être le seul foyer de l'infection veineuse qui, partie de la caisse et non de l'apophyse, frappe le bulbe de

1. Travail communiqué à la Société française de laryngologie, mai 1901.

2. Gibert, *Société anatomique,* 1858, p. 453.

la jugulaire et de là descend dans le cou sans remonter dans le sinus ». On connaît une observation de Burkner[1], de Jacobson[2], de Keen[3], de Politzer[4], et Mignon[5] consacre à cette affection une étude détaillée et approfondie à laquelle Laurens[6] fait de nombreux emprunts dans son rapport sur les septico-pyohémies d'origine otique.

Nous avons pensé faire œuvre utile en rapportant l'observation suivante, intéressante à plusieurs points de vue, et dont la littérature spéciale ne comprend guère plus d'une vingtaine de cas.

Observation. — Le 31 avril 1900, une fillette de douze ans et demi est amenée dans mon cabinet par le Dr Monel, qui lui a donné des soins pour une angine dont le début remonte à quinze jours. Cette angine est à son déclin, les signes locaux et généraux ont presque disparu, quand tout à coup apparaissent des douleurs, d'abord passagères, mais inquiétantes par leurs répétitions successives, au niveau de l'oreille droite. Leur apparition date de six jours, elles ont augmenté d'intensité durant trois jours et la détente brusque des phénomènes douloureux coïncide avec un écoulement de pus qui se fait jour dans le conduit.

Depuis hier, l'écoulement a cessé brusquement et les douleurs ont reparu; en même temps surviennent de la céphalalgie, un état nauséeux, quelques vomissements, de l'insomnie, mais pas de délire, pas d'agitation. Quelques frissons courts sont apparus, mais l'attention de l'entourage a été peu attirée de ce côté; la déglutition est redevenue douloureuse.

A l'examen, ce qui frappe, c'est la position de la tête : elle est inclinée du côté malade, en rotation légère du côté sain, le regard et la face tournés en haut. On comprend que, de cette façon, le relâchement des muscles du cou soit atteint du côté malade.

La nuque est enraidie, le teint terreux, les traits tirés; l'œil abattu et terne. La peau est chaude au niveau du cou, le pouls est à 110°, la température axillaire est de 37°8.

1. Burkner, *Archiv f. Ohrenheilk.*, 1883, t. XIX, p. 246.
2. Jacobson, *Archiv f. Ohrenheilk.*, 1884, t. XXI, p. 304.
3. Keen, *Times and Reg. Philadelphia and New-York*, 1890, t. XXI.
4. Politzer, *Ann. des mal. de l'oreille*, 1897, p. 43.
5. Mignon, *Complications des otites moyennes suppurées.*
6. Laurens, *Rapport à la Soc. franç. de laryngol.*, mai 1900.

Le cou est le siège d'un œdème peu marqué, de coloration à peine teintée, se propageant à la joue jusqu'au niveau de la paupière supérieure, se perdant en haut, dans le cuir chevelu; en bas, il est nettement marqué et se montre surtout en rapport avec la gaine périvasculaire des vaisseaux profonds du cou.

Cet œdème occupe particulièrement le bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien et masque la gouttière rétro-maxillaire.

La palpation exercée avec prudence fait reconnaître le cordon de la veine jugulaire interne en profondeur. Celle-ci est dure, tendue, augmentée de volume, englobée dans une gaine de tissu cellulaire enflammé, descendant jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'angle du maxillaire inférieur.

Ce cordon, douloureux à la pression, l'est aussi spontanément : les moindres mouvements de la tête réveillent la douleur.

Exploration de la mastoïde. — La région mastoïdienne ne présente aucune particularité: les téguments sont sains; la pression, exercée progressivement au niveau des lieux d'élection ne provoque aucune réaction douloureuse.

Vers la pointe, cependant, une distinction s'impose. Si la pression est exercée d'avant en arrière et de dehors en dedans, vers la face interne de la pointe, l'exploration est muette; la pression ne devient douloureuse que dans la profondeur des tissus plus directement en rapport avec la veine jugulaire.

L'examen de la nuque montre les deux régions mastoïdiennes, droite et gauche, absolument semblables, tandis que le cou droit est augmenté de volume considérablement.

Examen du conduit. — La traction même légère du lobule de l'oreille est douloureuse; les parois du conduit sont rouges, et le pavillon l'est également; mais il n'y a ni abaissement des parois, ni déformation, ni altération des téguments. Pas trace de pus.

L'introduction facile du spéculum permet de voir la membrane tympanique grise, dépolie, fongueuse dans sa moitié inférieure; rouge intense, bombant fortement, dans sa moitié supérieure.

On n'aperçoit pas le marteau; à la partie inférieure du cadre, apparaît une perforation minuscule, ou plutôt les traces d'une perforation. L'approche d'un stylet provoque une réaction très vive.

L'examen de l'audition a donné, pour l'oreille droite: montre air, 4 centimètres; montre os, bon; Weber latéralisé à droite; Rinne négatif. Pour l'oreille gauche : montre air, 40 centimètres; montre os, bon; Weber latéralisé à droite; Rinne positif.

Les fosses nasales sont perméables, la muqueuse est rouge vif dans toute son étendue.

Le pharynx est hyperémié, les amygdales sont hypertrophiées et hyperplasiées, un repli de His très développé à droite. Mucosités cavales abondantes. Pas de déformation des régions latéro-pharyngées.

A la rhinoscopie postérieure, le cavum se montre le siège d'une rougeur diffuse, l'amygdale est tomenteuse, hypertrophiée. L'orifice tubaire droit est petit, rempli d'un bouchon muqueux; l'orifice tubaire gauche est plus large.

L'examen de l'oreille gauche a montré le tympan injecté par places; le manche du marteau est très coloré.

La *paracentèse* du tympan droit est pratiquée sur-le-champ; faite en croix, elle intéresse toute la hauteur de la membrane. Le pus strié de sang apparaît aussitôt. Une douche de Politzer vide la caisse et projette dans le conduit une grande quantité de pus. Pansement avec une mèche de gaze imbibée de glycérine au 1/20. Dans chaque fosse nasale, gros comme un pois de vaseline mentholée et résorcinée trois fois par jour.

Deux cachets de phénacétine et de sulfate de quinine de 20 centigrammes, le premier à cinq heures, le second à neuf heures du soir. Régime lacté froid. Pansement humide léger, à renouveler quatre fois en vingt-quatre heures, autour du cou. Température à cinq heures le soir, 38°.

1er mai. — L'état général s'est amélioré, l'enfant a reposé la nuit dernière, il s'est produit quelques vomissements. Facies moins angoissé. L'œil est plus vif, le teint reste terreux, la céphalée a disparu. Pendant l'examen, un *violent frisson* saisit la malade et la secoue pendant dix mintes; sueurs froides, claque des dents.

L'examen du cou montre que le maximum de la douleur siège au niveau du tiers de la hauteur de la jugulaire. L'empâtement tend à gagner la base du cou, et les limites de la veine sont toujours difficiles à préciser.

Dans le conduit, du pus franchement hémorragique, animé de battements, mais non fétide. Large perforation tympanique, siégeant au point déclive, affecte la forme d'un croissant à concavité tournée en haut. Politzération. Valsalva passe largement.

Température : le matin, 37°6; le soir, 39.

2 mai. — État général reste le même; l'état du cou est stationnaire. Trajet vasculo-nerveux sensible, téguments chauds, mais pas d'augmentation de volume.

Dans la nuit est apparue une douleur au gros orteil du pied droit. A l'examen, rougeur diffuse, la peau est tendue, lisse, luisante; l'articulation métatarso-phalangienne est le lieu d'éleo-

tion de la douleur. Les mouvements articulaires provoquent les cris de l'enfant. On applique un pansement humide, à renouveler. Oreille droite suppure moyennement, nettoyage soigneux, pas de lavages. Glycérine résorcinée. Pansement humide autour du cou.

Température : le matin, 38° ; le soir, 39° 2.

9 mai. — Pas d'amélioration sensible. Anorexie persistante. Céphalée intermittente peu marquée. Accès fébriles suivis de frissons légers et fugaces, sueurs froides. Au gros orteil, la douleur a augmenté, pas de traces de fluctuation.

Au coude gauche est apparu un gonflement douloureux; la peau est normale. Douleur articulaire franche. Pansement humide.

La perforation tympanique se maintient large. Le pus est toujours animé de battements. Mêmes pansements. Toniques et antipyrétiques.

Température : le matin, 37°5 ; le soir, 38°.

10 mai. — L'état général s'améliore, la fièvre n'est apparue que le soir, l'appétit reparaît. Alimentation très légère, des œufs, des laitages. Localement l'œdème de la région a diminué ; la palpation, toujours prudente, provoque peu ou pas de douleur; la gaine des vaisseaux est plus souple; le cou est moins rigide, la figure s'éclaire.

Dans le conduit, il existe encore du pus, mais il change de caractère, il devient filant, s'épaissit, n'est plus animé de battements.

L'articulation du gros orteil est dans un état stationnaire, pas de fluctuation.

Au coude, la résolution s'est faite rapidement. A l'auscultation, aucun signe pulmonaire; jamais de points de côté; jamais de râles. Alternatives de diarrhée et de constipation. Langue très chargée. Purgatif au calomel à doses fractionnées. Lait et eau de Vittel en abondance.

Température : le matin, 37°4 ; le soir, 37° 6.

21 mai. — Des selles abondantes ont été évacuées. Au cou, l'empâtement a disparu, la tête est mobile, le cou libre. Plus de déformation extérieure. Espace rétro-maxillaire indemne de tout point douloureux. Le teint s'éclaire. Dans le conduit, plus de pus. Perforation sèche. Pansement à l'alcool boriqué.

L'articulation du gros orteil est toujours très grosse, empâtée, douloureuse.

8 juin. — L'enfant continue d'aller bien; l'oreille n'a pas coulé depuis le dernier pansement; l'examen du fond de caisse est facile, il est rosé, le marteau apparaît dans tous ses détails. La membrane tympanique est grisâtre. La perforation persiste, les lèvres sont

recroquevillées. Quelques cautérisations sont faites sur les lèvres à l'acide trichloracétique.

20 juin. — La perforation tympanique persiste. L'articulation du gros orteil est toujours enraidie, infiltration péri-articulaire. Au cou, il ne persiste plus trace de l'affection, la résolution est complète, le cou est souple, les téguments sont mobiles, l'exploration profonde des vaisseaux ne perçoit rien d'anormal.

La guérison est définitive.

20 juillet. — La guérison se maintient; l'enfant va très bien.

La phlébite de la veine jugulaire est survenue chez notre petite malade dans le cours d'une otite moyenne aiguë suppurée, et l'on a vu les accidents du côté de ce vaisseau coïncider avec l'oblitération d'une perforation spontanée du tympan.

Il est vraisemblable de penser que le pus stagnant sur le plancher de la caisse ait exercé une action destructive à ce niveau, ou simplement une irritation septique par l'intermédiaire des déhiscences du plancher ou d'orifices anormaux dont Koerner[1] a montré l'existence, et, partant, établissant une communication facile avec le golfe de la jugulaire.

Ces orifices osseux livrent passage au pus, qui va s'étaler en nappe entre l'os et la paroi veineuse; ils deviennent la voie de propagation de la phlébite, secondée dans sa marche par la déclivité.

Anatomiquement, on sait que le bulbe de la jugulaire ne commence à se développer que vers l'âge de cinq ans (Poirier). Ce bulbe de la jugulaire, d'après Kretschmann, « se porte tantôt en dedans, tantôt en arrière, voire même à la partie postérieure du rocher; il varie dans son développement, et, par conséquent, modifie la convexité de la paroi inférieure de la caisse. »

Il se fait là une véritable usure comparable à ce que produit une poche anévrysmale aortique sur les corps vertébraux

1. Koerner, *Ann. des mal. de l'oreille,* 1891, p. 664.

avoisinants, et, ce processus s'accusant, la lame osseuse, qui sépare le golfe de la jugulaire du plancher de la caisse, peut être réduite à ce point que Toynbee a constaté « le contact de la fibro-muqueuse avec le bulbe, par défaut de lamelle osseuse » (Mignon).

Au point de vue pathogénique, l'infection de la veine jugulaire s'est faite par continuité ou par contiguïté. Dans ce dernier cas, l'ostéite du plancher de la caisse a été l'intermédiaire à peu près obligé, et il s'est formé la même série de phénomènes entre la caisse et la jugulaire qu'entre l'apophyse et le sinus latéral, l'apophyse et la peau dans les perforations de la corticale.

Au point de vue symptomatique, l'affection qui nous occupe est caractérisée par des signes locaux et par des signes généraux.

Les *signes locaux* de la thrombo-phlébite sont représentés par un cordon dur, siégeant au niveau de la jugulaire interne, accompagné de gonflement, douloureux à la pression, avec un œdème correspondant au trajet du vaisseau et diffusant vers le creux sus-claviculaire; en outre, la nuque est enraidie, les muscles du cou sont immobilisés.

Les *signes généraux* se traduisent par de grandes oscillations thermiques, des frissons répétés, fugaces, et peu marqués, bientôt suivis de sueurs froides. Pour Mignon, l'existence de ces frissons constitue un fait capital, un des principaux éléments de diagnostic; en leur absence, « nous n'oserions pas affirmer le développement de la phlébite de la jugulaire. »

L'altération des traits, les oscillations thermiques allant de 37°4 à 39°6, les vomissements, suivis ou précédés d'un état nauséeux, les localisations métastatiques au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil et du coude, sont autant de caractères qui permettent d'affirmer l'existence d'une septico-pyohémie.

Au point de vue du diagnostic, il importe de différencier

cliniquement la thrombose du canal sinuso-jugulaire de la thrombose primitive de la veine jugulaire.

D'après Mignon, la phlébite isolée de la jugulaire interne s'observe comme complication des otites moyennes subaiguës, et, pour Luc[1], « il est tout à fait exceptionnel que la thrombo-phlébite du sinus latéral se montre dans le cours des otites moyennes aiguës. »

Nous avons observé également l'absence de tout symptôme se rapportant à une mastoïdite : intégrité des téguments au niveau de la région mastoïdienne, absence de point douloureux à l'exploration de la base de l'antre ou de la pointe, pas de rougeur, pas d'inflammation, pas de décollement du pavillon, pas d'abaissement de la paroi postéro-supérieure du conduit, pas trace de fistule en rapport avec les cellules limitrophes.

En l'absence de troubles cérébraux graves, céphalalgie intense, phénomènes nerveux, délire et agitation persistante, troubles oculaires, névrite optique ou troubles de la pupille, état nauséeux tenace et vomissements répétés, nous avons écarté de notre examen la pensée d'une complication sinusale, d'autant plus que la mastoïde est toujours restée saine.

Enfin, la rapidité du développement des accidents pyohémiques dans la thrombo-phlébite primitive de la veine jugulaire contraste singulièrement avec la lente évolution des thrombo-phlébites sinusiennes, qui ont mis des mois ou des années à se déclarer après le début de la suppuration de l'oreille.

La confusion des thromboses cervicales primitives peut se faire avec la tuméfaction produite par un abcès, un phlegmon, voire même une simple adénite.

Dans la phlébite, l'œdème d'abord diffus tend à se localiser au niveau du vaisseau, et le point douloureux a son maximum d'intensité au niveau du sillon rétro-maxillaire ; les symptômes généraux (faiblesse générale, frissons répétés,

1. Luc, *Leçons sur les suppurations de l'oreille moyenne*, page 380.

localisations métastatiques à distance, viscérales ou laires, absence de fluctuation) apportent leurs éléme diagnostic.

Au point de vue du traitement, notre conduit justifiée par les considérations suivantes : en présenc otite moyenne aiguë suppurée, à la période de débu tération de la perforation spontanée, la rétention dans la caisse, commandaient l'intervention immédi

Sur ces deux indications et en présence des compl survenues au niveau du cou, nous avons fait une lar centèse en croix ; un pus franchement hémorragique a apparition, et nous avons vidé la caisse par la politz

Par les pansements et les soins consécutifs, nou maintenu et assuré le drainage du pus par le con évitant la stagnation au niveau du récessus hypotymp Une première indication était donc remplie.

Fallait-il, en toute hâte, le bistouri à la main, se p sur la jugulaire en pleine phlegmasie et la lier? F opposer une barrière à la marche des germes septiqu lait-il craindre qu'un volumineux caillot ne vînt pr une embolie cardiaque ou pulmonaire, après s'être de la veine thrombosée?

La thrombo-phlébite, dans le cas qui nous occ semble pas avoir été oblitérante, mais bien plutôt co par la formation, à la face interne de la paroi veineus couche de caillots qui n'obstruaient pas complèter lumière du conduit. Cette forme, évidemment très rare d'après Leutert [1], « propre aux suppurations aiguës o guës. Dans ces conditions, la virulence des germe tieux s'accuse par des manifestations pyémiques avan thrombose oblitérante ait eu le temps de se produir

L'amélioration rapide des symptômes après la para l'état stationnaire du gonflement du cou, l'absence

1. Leutert, *Archiv f. Ohrenheilk.*, 1897.

lisation précise de la thrombo-phlébite sur le trajet du vaisseau, l'étendue de la zone douloureuse, qui dépassait les limites du cou; la présomption d'une forme pariétale de phlébite-thrombosante, basée sur l'extrême rapidité du développement de l'affection incompatible avec la production de gros caillots et de grosses embolies redoutables, les dangers de la ligature d'un vaisseau thrombosé dont on ne connaissait pas les limites exactes de la thrombose, tout au moins au niveau de la base du cou; la formation possible d'un thrombus infectable secondairement; le reflux des produits septiques dans les voies collatérales; des cas de méningite suppurée et d'infiltration purulente au voisinage du rachis (Brieger), nous firent appliquer un traitement dérivatif.

Ce traitement a consisté dans la surveillance de la perforation tympanique, d'abord en assurant le drainage de la caisse par le conduit, de façon que le pus prenne le moins possible le trajet de la veine jugulaire par l'intermédiaire du bulbe.

Nous avons assuré, autant que faire se peut, la désinfection de la caisse, et nous nous sommes abstenu de tout lavage à grande eau, afin de ne pas exercer dans la caisse des pressions dangereuses, capables de transporter à travers les pertuis osseux les produits septiques de la suppuration.

Au niveau du cou, les pansements humides ont été employés avec grandes précautions; ils ont été légers et renouvelés souvent; l'immobilité absolue du cou, le repos au lit ont été imposés.

Au point de vue général, l'emploi des analgésiques : les stimulants, les diurétiques ont été utilement employés communément avec des purgatifs répétés, qui ont favorisé l'élimination des toxines.

Une surveillance active des lésions métastatiques n'a jamais fait découvrir les signes évidents de la fluctuation, et là encore l'abstention a été la règle.

SURDI-MUTITÉ TEMPORAIRE

CHEZ UNE MYXOEDÉMATEUSE A TYPE FRUSTE[1]

Par le Dr G. DEZON, de Périgueux.

Nous ne voulons pas retracer ici l'histoire de la surdi-mutité ni du myxœdème infantile, mais ayant eu l'occasion d'observer, il y a très peu de temps, un cas qui nous a paru instructif au point de vue diagnostic, traitement et résultat, nous en faisons l'objet de ce travail, persuadé que l'on doit porter un pronostic très réservé dans ce genre d'affection et ne pas conclure à l'incurabilité absolue.

Observation. — Marie J..., âgée de huit ans, a été présentée à la clinique du Dr Castex, en 1898, pour dureté ou perte presque complète de l'ouïe, retard intellectuel très marqué et menace de surdi-mutité.

Marie J... est la quatrième enfant de la famille. Du côté paternel et maternel, pas d'antécédents, pas de mariage consanguin. Les trois autres enfants jouissent d'une très bonne santé et n'ont jamais présenté les phénomènes accusés chez la petite malade.

Comme antécédents personnels, Marie J... est venue après une grossesse très pénible pour la mère et continuellement contrariée par de graves soucis moraux.

Nourrie d'une façon mixte, sein et biberon, a été prise, huit jours après sa naissance, d'une entérocolite grave, qui a duré jusqu'à l'âge de six mois, avec des rémissions, et a laissé des traces de rachitisme. S'est relevée et a été nourrie jusqu'à l'âge de deux ans exclusivement au biberon.

La dentition a été normale et assez précoce; l'enfant a commencé à se développer à un an, à marcher à quatorze mois. Elle n'a pu articuler quelques mots, et cela difficilement, que vers deux ans.

A l'âge de trois ans, arrêt assez brusque. La croissance a cessé, la physionomie a pris un aspect spécial d'atonie et d'inintelligence. Une surdité manifeste a été constatée par la famille, surdité qui n'a fait que s'accentuer à mesure. L'enfant parlait de moins en moins et semblait désapprendre le peu qu'elle savait.

1. Travail communiqué à la Société française de laryngologie, mai 1901.

Cet état a duré jusqu'en 1898, époque à laquelle les parents, ne constatant aucune amélioration, sont venus consulter.

A cette époque, on constate la surdité à peu près complète. Aucun jeu de physionomie, aucun signe d'intelligence chez la petite malade qui ne parle plus. Depuis quatre ans, elle a à peine grandi. Cependant, aucun signe net de myxœdème; pas d'empâtement, pas de bouffissure, pas d'altérations cutanées ou muqueuses, pas de troubles nerveux. Le corps thyroïde paraît normal. Toutes les fonctions s'accomplissent bien. A l'examen des oreilles, rien de particulier.

On porte le diagnostic d'enfant retardante.

Traitement général. — Bains de mer, campagne, huile de foie de morue, toniques, frictions à l'alcool ou à l'eau de Cologne, etc.

Traitement spécial. — Éducation acoustique consistant en phrases courtes, simples, bien articulées et susceptibles d'éveiller l'attention de l'enfant.

La petite malade, revue au mois d'avril 1901, c'est-à-dire trois ans après, n'est plus reconnaissable. Elle a grandi et dépasse même la moyenne des enfants de son âge, la physionomie est vivante et l'œil expressif, elle entend, comprend et répond à tout ce qu'on lui dit; rien du facies d'autrefois, la surdité relative existe cependant encore et le bruit d'une montre n'est pas perçu au delà de dix centimètres. Elle s'intéresse à ses jeux, est bien musclée et allant en classe, apprend assez facilement.

Le traitement est continué.

Le diagnostic semblait embarrassant et le pronostic semblait plus sombre qu'il ne l'a été réellement. Quoique l'on s'en soit tenu simplement au terme de « retardante » et que l'on n'ait pas fait intervenir la médication thyroïdienne, il semble bien, pourtant, que nous soyons en présence de troubles généraux et de troubles de l'audition appartenant à cette forme de myxœdème infantile tardif, fruste, myxœdème incomplet pour ainsi dire, touchant plus spécialement tel ou tel organe à l'exclusion des autres, où la fonction thyroïdienne n'est pas complètement abolie, ou du moins n'est abolie que momentanément, et où tout peut rentrer dans l'ordre.

Le cas échéant, rien ne nous permet de penser au myxœ-

dème congénital, quoique nous sachions que les influences morales ont été citées comme causes déterminantes de cette affection ; du reste, le tableau clinique de la malade ne répondait pas aux troubles que l'on observe dans le myxœdème congénital, qui n'est pas spontanément susceptible d'amélioration, comme cela s'est passé dans notre observation.

D'un autre côté, Marie J... a eu, quelques jours après sa naissance, et cela durant près de six mois, des phénomènes intestinaux graves ; or nous savons que, dans la forme de myxœdème infantile que nous envisageons, c'est à la suite d'une infection quelconque que se développent les symptômes morbides.

On a incriminé tour à tour la pneumonie, la coqueluche, la rougeole et les maladies infectieuses en général, mais dans le cas particulier la cause nous paraît provenir du colibacille puisque nous n'avons relaté comme maladie que de l'entérite.

L'enfant a été frappée dans son évolution. La thyroïde n'a pas été détruite, mais sa fonction s'est trouvée entravée, et alors se sont dessinés les phénomènes que l'on a observés.

Ces trois phénomènes essentiels ont été l'arrêt de développement (nanisme), l'arrêt des fonctions cérébrales et la surdité.

Cette surdité, d'origine centrale, rien, du reste, à l'examen de l'oreille, ne permettant de l'expliquer, a été signalée chez les myxœdémateux assez rarement, surtout dans la forme infantile tardive. Ici elle a évolué en même temps que les troubles cérébraux, paraissant être une conséquence de ceux-là. Mutisme et surdité ont été deux manifestations des troubles cérébraux, causés par l'infection thyroïdienne. Le traitement général imposé qui a eu pour but de relever l'organisme, a mis la petite malade en état de subir une nouvelle éducation. Cette éducation a été commencée et continuée par les exercices acoustiques. Surdité-mutisme et apathie cérébrale se sont modifiées en même temps.

Le pronostic paraissait devoir être moins favorable de prime abord, et l'on était porté à craindre la surdi-mutité complète. L'inhibition de la glande thyroïde n'a été que temporaire. Tous les troubles constatés disparaissant peu à peu, il est permis d'espérer le retour *ad integrum*, surtout d'après les progrès accomplis depuis trois ans.

Dans des cas semblables, le pronostic nous paraît donc devoir être très réservé, et les cas de ces malades ne pas paraître incurables.

Il nous semblerait cependant indiqué, dans ce cas spécial et dans les autres cas semblables de faire intervenir le traitement thyroïdien. Nous sommes persuadé que l'évolution vers le mieux aurait été plus rapide et plus complète si notre petite malade avait été soumise au traitement des myxœdémateux francs.

Comme conclusion, il nous paraît utile, en face de phénomènes de surdité concordant avec des symptômes pouvant rappeler même de loin le myxœdème, de soumettre les petits malades au traitement thyroïdien, cela, sans négliger le traitement général qui, dans ce cas, a donné de très bons résultats, et de rechercher attentivement, dans le passé des enfants chez qui les troubles de l'audition ne se développent que quelques années après leur naissance, s'il n'y a pas eu une maladie susceptible d'entraver leur fonction thyroïdienne.

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE DE LONDRES

Séance du 3 mai 1901.

M. E. Cresswell Baber, président.

M. Barklay Baron. — **Grosse tumeur du larynx présentée à une des dernières séances** *(Case of large laryngeal growth shown at a previous meeting).*

A la séance antérieure, il y avait une certaine divergence d'opinions sur la nature du néoplasme, mais tout le monde

était d'accord que la tumeur était pédiculée et son ablation par la bouche facile. Mais, au cours de l'opération, il a été impossible de l'enlever par cette voie, car on s'est trouvé en présence d'un gros épithélioma avec infiltration diffuse ayant envahi l'épiglotte et tous les autres tissus du larynx.

Le malade vit encore; l'infection ganglionnaire est considérable. Pour extirper la tumeur, une laryngectomie totale eût été nécessaire, mais le malade refuse de subir cette opération.

M. Marc Hovel. — **Gros épithélioma de la corde vocale gauche chez un homme de soixante et un ans; ablation par une opération endolaryngée en 1886 et 1887, sans récidive depuis** *(A man acted 61 from whose left vocal cord a large epithelioma was removed by endo-laryngeal operation in 1886 and again in 1887, since which there was been no recurrence).*

R. P..., chauffeur dans une usine à gaz et âgé à cette époque de quarante-six ans, se présenta, le 17 mars 1886, au Throat Hospital Golden Square, se plaignant d'une violente dyspnée. Celle-ci était occasionnée par une grosse tumeur d'aspect blanchâtre qui remplissait presque entièrement le larynx. Le malade était pâle, angoissant, et le moindre effort provoquait des sueurs profuses.

Le 20 mars, après cocaïnisation du larynx, la tumeur a été tout entière enlevée par la bouche à l'aide de pinces coupantes. Hémorragie abondante qui fut rapidement arrêtée. La tumeur s'est laissée facilement enlever et, après son ablation, on constata qu'elle avait été attachée au bord interne et à la face inférieure de la corde vocale gauche sur presque toute sa longueur. Ultérieurement, on enleva deux ou trois petits morceaux également avec la pince coupante, et lorsque le malade quitta l'hôpital, le 5 avril, il ne restait plus trace de la tumeur.

Après l'opération, le malade fournit les renseignements suivants :

En été 1884, pendant qu'il était en train d'allumer le four, il éprouva subitement et pour la première fois une difficulté pour respirer. Les accès ultérieurs de dyspnée, qui avec le

temps étaient devenus plus intenses, survenaient subitement et duraient quelques minutes. Ils se déclaraient à des intervalles irréguliers, quelquefois deux fois ou plus par jour, d'autres fois une ou deux fois seulement dans l'espace d'une semaine. Ces accès de dyspnée augmentant de fréquence et d'intensité, le malade se présenta au commencement de l'année 1885 au Westminster Hospital; il y a été examiné par le Dr de Havilland Hall, qui lui proposa d'entrer à l'hôpital. Le patient a décliné cette offre et ce ne fut qu'au mois d'avril, lorsque la dyspnée se fut considérablement aggravée, qu'il consentit à s'y faire admettre. Il est resté trois mois à l'hôpital et, pendant ce laps de temps, le Dr Hall enleva quelques fragments de la tumeur. Ce dernier amena le malade à Saint-Thomas Hospital pour le montrer au Dr Felix Semon, qui a essayé d'enlever la portion restante de la tumeur. Il quitta l'hôpital, mais le docteur l'a de nouveau fait examiner quelque temps après par sir Felix Semon, qui conseilla l'ablation de la portion du larynx à laquelle la tumeur était attachée. Mais le malade refusa de se soumettre à ce mode de traitement.

Il rentra donc chez lui, reprit son travail et le continua pendant vingt jours ou un mois. La difficulté de la respiration devint alors très grande et le malade espérant être soulagé sans une opération se fit admettre à Saint-George's Hospital, dans le service du Dr Whipham. Une huitaine de jours après son entrée, il apprit qu'on allait lui faire une trachéotomie préalable avant de tenter l'ablation de la tumeur par la voie endolaryngée. Il refusa la trachéotomie et quitta l'hôpital.

Ayant de nouveau repris son travail, il le continua jusqu'à la fin de 1885, époque à laquelle la dyspnée était devenu si intense qu'il dut y renoncer. Le 17 mars 1886, il se présenta à la consultation du Throat Hospital, comme nous venons de le dire plus haut.

Après avoir quitté l'hôpital, le malade a été perdu de vue pendant près de onze mois; il revint le 2 mai 1887, son état était à peu près le même que celui de l'année dernière. L'examen du larynx fit constater une tumeur presque identique par ses aspect, volume, couleur et contexture macro-

scopique à celle qui avait été déjà extirpée un an auparavant. Il raconta qu'après la seconde opération, ayant quitté l'hôpital le 5 avril 1886, il avait repris son travail et n'avait éprouvé aucune gêne jusqu'en janvier 1887, époque où la respiration était devenue un peu courte.

La dyspnée augmentait progressivement, et vers la mi-avril il dut cesser tout travail.

En présence du refus obstiné du malade de subir une opération extra-laryngée, il a été décidé d'intervenir de nouveau par la voie endolaryngée. Après une anesthésie à la cocaïne, la tumeur a été enlevée, comme la première fois, à l'aide de pinces coupantes. Elle était plus ferme que celle de l'année dernière, avait une base beaucoup plus large et était attachée non seulement à la face inférieure et au bord interne de la corde gauche, mais aussi à sa face supérieure et à la bande ventriculaire gauche. Lors de la première opération, le 9 mai, quoique l'hémorragie fût plus abondante que les fois précédentes, on enleva une quantité suffisante de la tumeur pour permettre au malade de respirer librement. Une autre portion a été enlevée le 17 mai, et le patient quitta l'hôpital le 20 mai. Le dernier fragment a été extirpé le 15 juin, après quoi il ne restait plus trace du néoplasme et les surfaces d'où il avait été enlevé ont rapidement guéri. Le 30 juin, il existait encore une légère congestion du larynx; la corde gauche ne se mouvait que très peu; la mobilité de la corde droite était normale. La voix était forte et distincte, mais légèrement voilée par suite de la congestion du larynx.

Le malade a été examiné le 13 août 1887 et, à cette époque, on ne trouva aucune trace de la tumeur. Les mouvements de la corde gauche étaient altérés, mais, à l'exception d'une légère congestion diffuse du larynx et d'un gonflement de l'espace inter-aryténoïdien, résultat de la laryngite chronique, on ne constatait rien d'anormal. La voix était claire et forte; il n'y avait point de dyspnée. Le malade était employé à l'usine à gaz depuis vingt et un ans et le travail dans une atmosphère chargée de poussières pouvait bien être la cause de cette laryngite chronique.

L'examen microscopique de la tumeur enlevée en 1886 a été

fait par le Dr Frederic Eve, qui a adressé à M. Hovel la notice que voici :

« La tumeur enlevée en 1886 est un épithélioma à surface manifestement papillaire. Les papilles sont très longues et filiformes. Au microscope, la base de la tumeur présente des prolongements descendant de la surface épithéliale. Ces prolongements sont cylindriques et se terminent par une extrémité nettement arrondie ou divisée. Par places, la prolifération épithéliale est plus confuse et composée de tubes ou de cylindres sinueux contenant de nombreux nids cellulaires; ceux-ci existent, quoique moins nombreux, dans les autres parties de la tumeur. Le tissu sous-muqueux fait partout défaut dans les portions enlevées du néoplasme, mais les tubes épithéliaux formant la tumeur sont si bien limités que je ne suppose pas qu'il y ait une infiltration diffuse de la muqueuse par des cellules embryonnaires.

» La tumeur enlevée en 1887 diffère de la précédente en ce qu'elle contient très peu de nids de cellules et que ceux-ci sont de petites dimensions. Les tubes épithéliaux sont plus confus et leurs bords moins bien circonscrits. Des lambeaux de muqueuse sont attachés à leur base. Ceux-ci sont constitués par de petites cellules fusiformes et du tissu fibreux contenant des noyaux allongés et un grand nombre de petites cellules rondes ou *indifférentes*. Au point de vue histologique, je n'hésite point à affirmer que la tumeur est un épithélioma. Cette opinion est basée sur la prolifération caractéristique et étendue de l'épithélium, sur la présence de nids de cellules et enfin sur l'aspect général du néoplasme.

» *P.-S.* — J'ai acquis la conviction que les épithéliomas sont bien moins malins quand leur surface est nettement cornée ou papillaire, tandis que, lorsque l'état contraire existe et que la surface est unie ou ulcérée, l'infiltration d'au-dessous est plus étendue et plus diffuse, et la tumeur est beaucoup plus maligne. Comme exemples de malignité relativement peu grande de l'épithélioma corné, je citerai le cancer du scrotum des ramoneurs et l'épithélioma consécutif à l'ichthyose de la langue. Ceci peut dans une certaine mesure expliquer le pronostic relativement favorable de votre cas. »

Pour conclure, M. Hovell dit reconnaître que l'ablation d'un épithélioma du larynx à l'aide de pinces n'est pas un procédé admissible dans un cas ordinaire, et que, si l'on emploie ce procédé, il n'a guère de chances de succès dans la grande majorité de cas, aussi des cas exceptionnels doivent-ils être traités d'une façon particulière.

M. DE SANTI dit avoir été vivement intéressé par l'histoire du cas, le mode de traitement et le résultat obtenu. Les faits principaux à considérer ici sont, premièrement, les caractères microscopiques des coupes montrées à la réunion, et, secondement, le tableau clinique de l'affection. Or, M. de Santi a très attentivement examiné les préparations microscopiques et il doit reconnaître qu'il n'a pu découvrir dans leur aspect quoi que ce soit qui doive faire penser à un épithélioma. Le dessin montré est assurément très artistement fait et présente un nid de cellules épithéliales parfait, mais à l'examen on ne trouve dans aucune partie des coupes quoi que ce soit qui puisse rappeler un nid cellulaire même imparfait. De plus, les nids de cellules peuvent se rencontrer dans des tumeurs non épithéliales. Il est donc certain qu'en ce qui concerne les caractères microscopiques, le diagnostic d'épithélioma doit être considéré comme non prouvé. Si nous nous reportons au tableau clinique de l'affection, nous devons convenir que le temps mis par la tumeur pour se développer, ainsi que son volume tel que nous le représente le dessin, ne ressemblent nullement à un épithélioma. Si la tumeur avait été de nature maligne et avait existé depuis si longtemps, il aurait dû y avoir une vaste infiltration à la base et aucune opération endolaryngée n'aurait permis une ablation aussi complète de la tumeur comme celle qui avait été pratiquée dans le cas présent. Donc, ni les signes cliniques ni les caractères microscopiques du néoplasme n'autorisent le diagnostic d'épithélioma; d'ailleurs, cette conclusion de M. de Santi trouve encore un solide appui dans le résultat du traitement par le procédé endolaryngé, et pour cet auteur il s'agit ici d'une tumeur de nature absolument bénigne.

M. F. SEMON déclare être entièrement d'accord avec M. de Santi. On ne saurait s'attendre à ce que, après un laps de temps de quinze ans, il se rappelle le cas, et, en effet, il avoue franchement n'en avoir aucune souvenance. Ce qu'il va dire est basé seulement sur le dessin présenté par M. Hovel à la Société, sur le caractère microscopique, les signes cliniques du cas et finalement sur l'aspect actuel du larynx du malade. A tous ces points de vue, il ne peut

s'empêcher de confesser que le cas reste pour lui un mystère. Tout d'abord, il ne peut pas concilier l'idée de malignité avec l'aspect clinique, tel qu'il s'offre dans le cas actuel. Nous concevons — et l'observation confirme cette manière de voir — que la différence entre une tumeur bénigne et une tumeur maligne est que la première se développe en surface, tandis que la seconde infiltre les tissus.

Comment donc se peut-il, alors qu'une tumeur maligne essentiellement caractérisée par sa nature envahissante ait pu être complètement extirpée sans qu'une récidive ait eu lieu, que le larynx du malade ne porte pas la moindre trace d'une opération antérieure? M. Semon ne conteste pas la possibilité d'enlever une tumeur maligne du larynx par une opération endolaryngée. La science compte un nombre respectable de cas opérés par ce procédé. Peut-être quelques-uns parmi les anciens membres de la Société se rappellent-ils une lettre adressée par M. Semon au *British medical Journal* du 4 juin 1887 à propos du cas du Kronprintz allemand dans le but de mettre en garde les laryngologistes contre la tendance de subordonner les idées cliniques au résultat de l'examen microscopique. Mais dans cette lettre il a lui-même décrit un cas sur lequel, sans le vouloir, il avait pratiqué une opération intra-laryngée radicale. Il s'agissait dans ce cas d'un vieux gentleman âgé de soixante-quinze ans, dont l'une des cordes vocales était le siège d'une petite tumeur verruqueuse d'apparence suspecte. M. Semon a voulu n'enlever qu'un fragment pour en faire l'examen microscopique. Or, les opérations intra-laryngées, comme on le sait, ont toutes un caractère plus ou moins fortuit et par un hasard de fortune exceptionnel il s'est trouvé que la tumeur avait été extirpée tout entière. M. le Dr Shattack a fait l'examen anatomo-pathologique de la tumeur, qui présentait par place les caractères d'un épithélioma corné typique. A l'heure actuelle, le malade en question vit encore, quoique âgé de plus de quatre-vingt-dix ans, et il y a six semaines il a prêché à un mariage. Les membres de la Société savent tous que le professeur Fraenkel, de Berlin, s'est fait le champion de la méthode endolaryngée pour l'ablation des tumeurs malignes du larynx dans certains cas appropriés, et, comme il vient de le dire, on compte actuellement bon nombre de cas authentiques où ce procédé a pleinement réussi. Malgré cela, il ne comprend pas qu'après l'extirpation d'une tumeur maligne du larynx, surtout du volume de celle dont M. Hovel nous a montré le dessin, on ne puisse découvrir la moindre trace de son ancienne présence ou de son ablation. A l'heure présente, si l'on examine le

larynx du malade de M. Hovel, on n'y trouve aucun signe quelconque qui indiquerait qu'une grosse tumeur épithéliale en avait été enlevée. Si, en ce moment-ci, étant devant un tribunal, on lui avait demandé de dire sous la foi du serment de quelle corde la tumeur avait été enlevée, il confesserait son ignorance et dirait qu'à son avis rien n'avait été enlevé.

D'autre part, il a bien observé plusieurs cas où, depuis un temps assez long, on constatait un arrêt dans l'accroissement d'une tumeur maligne; mais que ce phénomène persiste depuis plusieurs années pendant lesquelles on n'avait observé aucun progrès dans le volume du néoplasme, c'est là, évidemment, un fait des plus insolites.

M. Semon dit ne pas être de ceux qui ne croient pas à certaines choses pour la simple raison qu'ils ne les ont pas vues, mais il est difficile de s'expliquer un arrêt de cette nature. Après un examen attentif du dessin représentant la tumeur, il lui paraît que celle-ci ressemble bien plus à un gros papillome provenant de la commissure antérieure des cordes vocales qu'à une tumeur, bénigne ou autre, ayant pris naissance sur une des cordes vocales. Si cette conjecture est vraie, on aura alors une explication parfaitement naturelle de l'aspect actuel du larynx. M. Semon a enlevé une fois à une dame de quarante-huit ans un très gros papillome exactement semblable à la tumeur représentée sur le dessin de M. Hovel; le papillome provenait de la commissure antérieure. Le spécimen se trouve actuellement au musée du Saint-Thomas Hospital. En ce qui concerne les caractères microscopiques, il a examiné avec beaucoup d'attention les coupes, mais nulle part il n'a pu découvrir quoi que cela fût qui ressemblât à l'aspect typique d'un épithélioma. Il admet volontiers que le spécimen soit vieux et par conséquent pas aussi caractéristique qu'il l'avait été autrefois. M. Semon demande à M. Hovel s'il consent à faire examiner les pièces par le Comité des tumeurs morbides. Il espère que la Société ne s'opposera pas à ce qu'un cas si extraordinaire soit soumis à cet examen.

Pour conclure, il tient à ajouter que rien ne lui a tant plu que l'aveu de M. Hovel, qu'il s'était agi d'un cas peu ordinaire qui exigeait par conséquent un traitement particulier. Puisque le malade s'était absolument refusé à se faire enlever la tumeur par le procédé conforme aux progrès de la chirurgie moderne, c'est-à-dire par une opération externe, dans ces conditions M. Hovel était autorisé à pratiquer une opération endolaryngée. Mais il espère qu'un cas de cette nature ne sera pas le point de départ d'autres opérations intra-laryngées dans des cas de tumeurs malignes

avérées ou hypothétiques. Ces remarques sont analogues à celles qu'il a faites à la dernière séance au sujet de la valeur thérapeutique des injections d'iode ou de fer dans le goitre.

A une époque où l'on n'avait rien de mieux, de tels procédés étaient permis et précieux, mais le chirurgien doit suivre de près les progrès de la chirurgie, et voici pourquoi il a été particulièrement heureux d'entendre M. Hovel dire que dans des conditions normales, il n'aurait pas hésité à pratiquer une opération extra-laryngée.

M. LE PRÉSIDENT, en commentant ce cas intéressant, exprime l'espoir que la Société adoptera la proposition de M. Semon tendant à faire réexaminer la tumeur par le Comité des tumeurs morbides. Il ajoute qu'à l'heure actuelle le larynx du malade présente si peu de modifications qu'il est difficile de s'imaginer qu'une tumeur maligne en ait été extirpée.

M. VINRACE demande à M. Hovel si à un moment quelconque il y avait eu un engorgement ganglionnaire en connexion avec cette tumeur.

M. MARK HOVEL répond que, voulant éviter à la Société les détails de l'observation, il n'a pas mentionné les points d'implantation de la tumeur au moment de la première et de la seconde opération. A l'époque de la première intervention, la tumeur s'insérait au bord interne et à la face supérieure de la corde gauche, sur toute sa longueur. Au moment de la seconde opération, elle était beaucoup plus ferme, avait une base plus large et s'insérait sur toute la longueur des faces inférieure et supérieure et au bord interne de la corde gauche et à la bande ventriculaire gauche. Il est heureux de pouvoir offrir au Comité des tumeurs morbides une portion de chaque tumeur. Il rappelle à la Société que M. Eve, qui avait pratiqué les coupes, a catégoriquement affirmé que la tumeur était un épithélioma. Quant à la mobilité de la corde gauche, ses mouvements étaient altérés après la première opération et ils l'ont été depuis. En réponse à la question de M. Vinrace, M. Hovel dit qu'il ne se souvient pas qu'il y ait eu un engorgement ganglionnaire à un moment donné de l'évolution de la tumeur.

M. FREDERICK SPICER. — **Résorption de la cloison cartilagineuse due à la pression exercée par des polypes du nez** *(Female acted 15 with absorption of the cartilaginous septum due to pressure from nasal polypi).*

La malade, âgée de quinze ans, est venue consulter il y a

quelques mois pour une obstruction complète des deux fosses nasales par des polypes. Après l'extirpation de ces derniers, on trouva la cloison cartilagineuse résorbée et le nez défiguré, mais il n'y avait pas de perforation.

M. Spicer présente son cas pour avoir l'opinion de ses collègues sur la cause de cette résorption. Dans les antécédents on ne trouve ni syphilis, ni scrofule, ni traumatisme. L'affection a débuté il y a quatre ans par l'apparition d'un bouton sur le dos du nez; il y eut en même temps un écoulement purulent des deux fosses nasales qui n'a duré que quelques jours.

M. C. Baber dit qu'il s'agit évidemment d'un cas de polypes du nez compliqués d'une affection du sinus ethmoïdal et probablement des autres cavités accessoires. Il est difficile d'admettre que la résorption de la cloison cartilagineuse soit due à la compression; il est plus probable qu'elle a été provoquée par quelque abcès de la cloison, et M. Baber demande à M. Spicer si, à un moment quelconque, il avait observé dans ce cas un abcès dans cet endroit.

M. Fitz Gerald Powell a observé un cas similaire où il y avait un abcès de la cloison; celui-ci a été ouvert sur le bord antérieur du septum. Le cartilage était entièrement séparé de l'os; ce dernier était considérablement épaissi et hypertrophié, résultat d'une ethmoïdite. La cause déterminante était un traumatisme.

M. Nourse pense que le point intéressant du cas est la cause actuelle de l'affaissement du nez. Cela est-il dû à la résorption du cartilage ou à un traumatisme? Il se rappelle avoir vu, il y a peu de temps, à l'hôpital, un cas où le seul vestige qui fût resté de la division entre les deux cavités nasales était la petite columelle, la cloison osseuse et cartilagineuse ayant été complètement détruite; encore le nez était-il parfaitement droit et sans déformation externe. Ce qui l'a frappé, c'est que, malgré la disparition du cartilage triangulaire, il se pouvait que l'affaissement fût dû à la résorption des cartilages latéraux, avec fracture consécutive de l'arc cartilagineux.

M. Scanes Spicer est d'avis qu'il devait y avoir un vieil abcès de la cloison dont le cartilage latéral supérieur a été détruit par la suppuration et que la déformation est caractéristique de cette affection.

M. Saint-Clair Thomson partage l'opinion de M. le Président, que l'élargissement était dû à une ethmoïdite passagère et que

l'explication la plus plausible est que la malade a dû avoir un abcès de la cloison. Il mentionne un cas où un abcès de la cloison, non traumatique, est survenu au cours d'un empyéme de l'antre. Quant à l'explication de M. Nourse, elle doit être interprétée d'une tout autre façon. En effet, tout le monde connaît des cas semblables à ceux cités par cet auteur où le cartilage entier faisait défaut sans qu'il y ait eu affaissement. Mais si le cartilage avait disparu à la suite d'un abcès, la contraction consécutive du tissu cicatriciel expliquerait l'affaissement du dos du nez et la déformation de ce dernier. Chez cette malade, si on lui pince le nez, on constate que le cartilage quadrangulaire manque en grande partie.

M. F. SPICER remercie les différents orateurs de leurs observations auxquelles il n'a rien à ajouter. En résumé, la résorption du cartilage serait due à un abcès et celui-ci serait secondaire à des polypes et à une ethmoïdite.

M. LAMBERT LACK. — **Cas de tumeur laryngo-pharyngée insolite chez une femme. Préparations microscopiques de la tumeur enlevée** *(Case of unusual laryngo-pharyngeal tumour in a woman, with microscopic specimen of growth removed).*

La malade a été présentée à la dernière séance de la Société. Après quelques hésitations, l'auteur a préféré pratiquer une opération externe afin de pouvoir examiner attentivement la tumeur et ses points d'implantation et de se rendre exactement compte du parti à prendre pour en faire l'ablation complète. Par conséquent, une incision longue de 4 pouces a été faite dans le triangle antérieur du cou, le sterno-mastoïdien et les gros vaisseaux ont été reclinés en dehors, et la paroi latérale du pharynx mise à nu. On pratiqua ensuite une incision linéaire dans le pharynx, et le larynx, saisi avec un crochet, fut porté en avant de façon à mettre entièrement à jour sa paroi postérieure. La tumeur était molle et bosselée, du volume d'un œuf de pigeon et attachée par une large base à la muqueuse du cartilage cricoïde. La muqueuse a été séparée tout autour de la tumeur et celle-ci disséquée et détachée du larynx. La plaie de la muqueuse laryngée a été suturée au catgut; celle du pharynx fermée par une série de fines sutures très rapprochées, unissant les bords de la

muqueuse; l'aponévrose pharyngée a été également cousue avec soin. Dans la plaie du cou, on inséra un gros drain et la plaie cutanée fut fermée par des sutures en soie. Juste avant d'ouvrir le pharynx, l'auteur pratiqua une trachéotomie comme mesure de précaution, mais on n'en avait réellement pas besoin et la canule a été enlevée le lendemain. La période post-opératoire n'a été signalée par aucun incident. La malade pouvait avaler facilement le lendemain de l'opération, et cinq jours après, elle pouvait prendre des solides beaucoup plus facilement qu'avant l'opération. Les plaies, excepté celle où avait été inséré le drain, guérirent par première intention. A l'examen laryngoscopique, on ne trouve à présent rien d'anormal.

M. Jobson Horne a fait l'examen microscopique de la tumeur, lequel en a révélé la nature sarcomateuse.

M. F. Semon propose de renvoyer les pièces au Comité des tumeurs morbides. Il n'a pas la prétention d'être un habile histologiste, mais la section de la tumeur lui paraît ressembler plutôt à un fibrome qu'à un sarcome, et il voudrait avoir l'opinion du Comité des tumeurs morbides.

M. Saint-Clair Thomson demande à M. Lack s'il a l'intention de publier son observation *in extenso* dans les *Comptes rendus* de la Société. Dans le cas contraire, il voudrait obtenir quelques renseignements particuliers, et notamment savoir s'il a été nécessaire d'appliquer les ligatures temporaires à quelques-unes des artères, si M. Lack a éprouvé quelques difficultés du côté de la respiration et de l'hémostase et enfin comment il s'y est pris pour circonscrire le larynx.

M. Lambert Lack dit, en réponse, qu'il n'a éprouvé aucune difficulté à arrêter l'hémorragie, la large plaie ayant mis à jour tout le champ opératoire. Il n'y avait par conséquent aucun besoin de faire la ligature temporaire des gros vaisseaux. Ce procédé n'est nécessaire que lorsqu'on opère sur le pharynx par la bouche.

M. Lambert Lack. — **Spécimen d'occlusion d'une fosse nasale par une cloison osseuse** *(Specimen of bony occlusion of one nostril).*

La pièce présentée est une trouvaille de dissection. Une des fosses nasales était complètement obstruée à son centre par une cloison osseuse. Partout ailleurs le nez était normal.

M. H. W. Carson. — **Spécimen de papillome multiple du larynx** *(Specimen of multiple papilloma of larynx).*

La pièce provient de l'autopsie d'une fillette de deux ans et demi morte subitement d'asphyxie. Comme antécédents, il y a à signaler de l'orthopnée et de la dysphonie datant de la naissance. La pièce montre des tumeurs papillomateuses dans la région des cordes vocales et une extension sous-glottique de la paroi antérieure. Léger œdème de la région aryténoïdienne.

M. Carson désire connaître l'opinion de ses collègues sur la question du pronostic et plus spécialement en ce qui concerne la récidive après thyrotomie.

M. le Président dit que la question a été déjà discutée à plusieurs reprises au sein de la Société. On sait que la récidive est fréquente. Il rappelle le cas célèbre où la thyrotomie a été pratiquée dix-sept fois.

M. Charles Parker. — **Un cas de pachydermie laryngée** *(Case of pachydermia laryngis).*

Le malade a été déjà présenté à la Société il y a environ deux ans. A cette époque, on croyait avoir affaire à une affection de nature tuberculeuse. Depuis, on a souvent ausculté la poitrine et examiné de temps à autre les crachats, mais on n'a découvert aucun signe de tuberculose. L'affection locale n'a pas changé malgré différentes méthodes de traitement. M. Parker demande si l'on peut encore faire quelque chose pour le malade.

M. le Président dit savoir que cet état persiste depuis trois ou quatre ans sans amélioration.

M. Jobson Horne est d'avis qu'il s'agit d'un cas typique de pachydermie laryngée et, d'accord en cela avec M. Parker, qu'on ne saurait ici incriminer la tuberculose. M. Horne déconseille tout traitement local de nature chirurgicale.

M. de Santi est d'avis que la meilleure ligne de conduite à tenir est de laisser le malade tranquille.

M. Parker, en réponse, dit que s'il montre de nouveau le malade, c'est que la première fois plusieurs de ses collègues avaient soupçonné la tuberculose et demandé à le revoir. Il ne pense pas que le patient ait jamais présenté de signes de tuberculose. Depuis neuf mois il ne suit aucun traitement.

DUNDAS GRANT. — **Tumeur de la base de la langue**
e of tumour of the base of the tongue in a young female).

iteur présente le cas dans le but de connaître l'opinion
collègues relative au diagnostic et au traitement.

DE SANTI pense qu'on se trouve en présence d'un sarcome de la base de la langue. La sensation fournie par la tumeur, face irrégulière, l'absence d'ulcération, l'âge de la malade, técédents, tout en un mot plaide en faveur de sa nature ne. Bien plus, l'ablation d'un gros fragment de la tumeur, an an (malheureusement ce fragment a été égaré et l'examen scopique n'a pu en être fait), a été suivie d'un accroissement et considérable de la tumeur. La malade a un engorgement nglions sous-maxillaires, ce qui est loin d'être rare dans le ne de cette région. On devrait enlever un morceau de tumeur faire examiner par un habile histologiste. Le cas doit être chirurgicalement.

LAMBERT LACK donne actuellement ses soins à une jeune e dix-neuf ans qui présente des signes similaires à ceux du M. Grant. La tumeur est lisse, parcourue par de gros aux et donne l'impression d'une tumeur thyroïdienne. Il ne uit cependant pas porter ce diagnostic dans le cas présent, ns que l'ulcération qu'on voit ne soit due à l'ablation de nts par M. Grant.

LE PRÉSIDENT dit qu'en ce qui concerne les tumeurs thyroï- s de la base de la langue, il en possède un cas présenté ars à la Société. Mais ce cas offre un aspect différent; la r est plus irrégulière et ressemble davantage à un néoplasme

FITZ GERALD POWELL dit que la tumeur lui paraît être un ome, quoique l'âge de la malade plaide contre cette hypo- L'examen histologique est nécessaire avant de vouloir faire ue ce soit.

ARTWOOD THORNE. — **Un cas d'ulcération de la pointe langue chez un homme de cinquante-deux ans**
e of ulceration of the tip of the tongue in a man acted 52).

uis un an, le malade se plaignait de douleurs. M. Thorne pour la première fois il y a dix jours seulement et l'a ussitôt à l'iodure de potassium. Ce traitement n'a amené e légère amélioration.

Il demande si c'est un épithélioma, une lésion syphilitique ou tuberculeuse.

M. Saint-Clair Thomson dit que pour lui il s'agit certainement d'une affection syphilitique, mais il est possible que cela soit une tumeur maligne. Dans tous les cas où il y a doute, il est de règle de prescrire un traitement antisyphilitique. Il a eu un malade à qui un syphiligraphe célèbre a conseillé l'ablation de la langue. Ce même malade a été présenté comme ayant été guéri d'un cancer par les remédes de Mattei. M. Thorne fera donc bien de ne prendre aucune décision avant d'avoir prescrit des frictions mercurielles pendant un mois.

M. de Santi est d'avis qu'il s'agit plutôt d'une tumeur épithéliomateuse que syphilitique. Il existe une induration marquée à la base de l'ulcération; celle-ci est verruqueuse, non déprimée; les mouvements de la langue sont quelque peu limités et la région sous-maxillaire légèrement tuméfiée.

M. Lambert Lack dit qu'il partage entièrement les idées de M. Thomson quant au diagnostic de l'affection, mais qu'il est en désaccord complet avec lui pour ce qui est de la conduite à suivre dans un cas semblable. On aurait grandement tort de mettre à l'iodure de potassium un cas d'épithélioma suspect dans une région si accessible, et surtout de lui prescrire pendant un mois des frictions mercurielles quand le diagnostic peut être fait immédiatement par l'examen microscopique d'un petit fragment de tumeur enlevé. Qu'un tel cas soit de nature maligne, le danger d'un si long délai devient évident.

M. Vinrace demande si M. Thorne a noté une fixation de la langue. Il croit que le malade a de la difficulté à la sortir et que ses mouvements sont altérés. Il voudrait savoir s'il existe des infiltrations autres que celles de nature maligne qui altèrent les mouvements de la langue.

M. Thorne dit qu'il enlèvera un petit fragment de tumeur pour l'examen microscopique et prescrira des frictions mercurielles. Il espère pouvoir en donner les résultats à la prochaine réunion.

Trivas.

REVUE GÉNÉRALE ET A

LARYNX ET TRACHÉE

Etiologie du stridulisme congénital ch
Dr John Thomson et A. Logan Turner (Edimbo

Le facteur principal du stridulisme congén
de coordination des mouvements respiratoir
probabilité, à un arrêt de développement de
qui régissent ces mouvements.

Les changements d'aspect constituent sin
gération du type infantile normal et sont
résultat d'une aspiration constante de l'ori
larynx, déterminée par une respiration n
spasmodique. Il s'agit, en réalité, d'une dé
tout à fait analogue à la poitrine de pigeon

L'hypothèse d'une déformation congénitale
rieur du larynx n'est pas indispensable p
symptômes, d'autant que des enfants norm
sifflements analogues quand ils sortent d
formique. Les bruits ne se produisent pas au
ni dans la trachée, mais probablement e
larynx proprement dit, et en partie au niv
épiglottiques rapprochés outre mesure.

La névrose qui détermine ces troubles ner
à MM. Thomson et Turner, dépendre de la
tations adénoïdes ou d'autres causes d'irrit
Parole, août 1901, n° 8.)

VARIA

Note clinique sur l'adrénaline *(Clinical n*
par le Dr Norton Wilson.

L'adrénaline est l'alcaloïde ou le principe a
surrénale dont elle a été isolée, en 1900,
Takamine.

L'adrénaline est une poudre gris blanchât
microscope des cristaux en forme d'aiguille

basique, elle est extrêmement avide d'oxygène, au point qu'il est nécessaire d'en faire un sel. C'est ainsi que, traitée par l'acide chlorhydrique, on en obtient le chlorhydrate d'adrénaline.

Les solutions usitées sont au nombre de trois : une à 1/10,000, une à 1/5,000 et une à 1/1,000. Actuellement, la seule solution fabriquée est celle à 1/1,000. Par l'addition d'un 1/2 0/0 de chlorétone, cette solution d'adrénaline acquiert une légère action antiseptique et anesthésique.

L'adrénaline est également fabriquée sous forme de tablettes avec du chlorure de sodium ; on emploie alors l'acide tartrique à la place de l'acide chlorhydrique, et on obtient ainsi un tartrate d'adrénaline. Les tablettes sont très solubles dans l'eau et l'addition d'un drachme d'eau en fait une solution à 1/1,000. C'est sous cette forme que l'adrénaline convient le mieux pour l'usage thérapeutique. Les solutions aqueuses sont rapidement souillées par la fréquente introduction du compte-goutte. Il est vrai que la stérilisation par ébullition en est possible sans que la solution soit altérée, mais les tablettes sont beaucoup plus préférables parce qu'on peut les utiliser au fur et à mesure des besoins et en faisant chaque fois des solutions fraîches en petites quantités.

L'auteur a jusqu'à présent largement employé l'adrénaline dans un grand nombre de cas d'affections des yeux, du nez, de la gorge et de l'oreille. Pour les yeux, il emploie une solution à 1/10,000 et 1/5,000 ; pour le nez, la gorge et les oreilles, une solution à 1/1,000.

L'introduction d'une goutte d'adrénaline dans les yeux provoque une sensation de légère douleur cuisante, qui dure environ vingt secondes, pendant lesquelles on observe une hyperémie considérable de la conjonctive. Celle-ci disparaît bientôt et le sang se retire rapidement des vaisseaux. Au bout de quarante secondes, la conjonctive pâlit et devient presque blanche. Cette contraction marquée des vaisseaux dure une heure, après quoi ceux-ci reprennent graduellement leur apparence normale. La cornée et la pupille ne subissent aucune modification de l'effet de ces solutions ; ces dernières n'exercent aucune action stimulante sur le sympathique ; la tension du globe oculaire n'en est ni diminuée ni augmentée.

emarquable, c'est que l'adrénaline aide beaucoup
la cocaïne ou à l'holocaïne, qui devient plus
lus durable. Ceci est dû probablement à la
vaisseaux, ce qui permet à l'anesthésie de
profondément les tissus. Elle a été employée
ns l'ablation du ptérygion, de corps étranger de
halazion et surtout dans la dilatation du conduit

l'intérieur du nez, l'adrénaline blanchit presque
t la muqueuse pituitaire. Son emploi facilite
'examen du naso-pharynx par la contraction des
nets, qui est si forte qu'on peut alors examiner
ıx directement par les fosses nasales. Dans les
dantes, l'adrénaline n'exerce ses heureux effets
ıbibe de sa solution un tampon d'ouate qui est
le nez. Au bout de quelques minutes, l'hémor-
é, surtout si c'est une hémorragie de la cloison,
ourra être enlevé.
yza aigu, l'adrénaline produit un dégonflement
diat des cornets et arrête l'hypersécrétion nasale.
le foin, par le soulagement temporaire dont béné-
ıdes, elle n'a point d'égal et est moins apte à déter-
tation que les solutions de la glande surrénale.
s de laryngite aiguë, observé par l'auteur, où
e de la voix et douleur considérable pendant la
voix a été recouvrée au bout de vingt-quatre
louleur était notablement diminuée après cinq

ryngite aiguë et l'amygdalite, le soulagement est
usage de l'adrénaline est combiné avec celui de
le l'eucaïne.
l'adrénaline permet de pratiquer dans les fosses
pérations sans perte de sang ou presque, mais
ublier qu'environ une heure après l'intervention
un petit saignement qui, en tout cas, ne sera
rt que celui qui eût eu lieu si cette substance
employée.
ippe et d'autres inflammations aiguës de la

muqueuse nasale, où il y a obstruction des orifices des cavités accessoires, l'adrénaline rend de précieux services en diminuant le gonflement de la muqueuse et en désobstruant les orifices sinusiens.

Dans les opérations portant sur l'oreille, les expériences de l'auteur avec l'adrénaline se réduisent à l'ablation de polypes et de granulations, sans compter les cas où il eut à en passer quelques gouttes dans la trompe pour faciliter l'introduction d'une bougie.

L'adrénaline donne les meilleurs effets en combinaison avec la cocaïne; on applique d'abord la première et aussitôt après la cocaïne. Son emploi ne s'oppose à aucun autre traitement qu'on jugerait utile d'ordonner à titre supplémentaire; depuis qu'il s'en sert, l'auteur n'a jamais observé de phénomènes de cocaïnisme aigu. L'adrénaline peut être portée à ébullition et rendue ainsi stérile. Elle permet de conserver le champ opératoire presque exempt de sang pendant toute la durée de l'intervention. Elle est propre, ne contient aucune substance étrangère susceptible de l'altérer, ce qui rend ses préparations plus stables.

La poudre d'adrénaline occasionne des éternuements et est plus irritante que les solutions.

L'administration de l'adrénaline par la muqueuse nasale ou buccale, qui sont ses meilleures voies d'absorption, mais non pas par l'estomac, est le meilleur moyen d'en obtenir de bons résultats. (*The Laryngoscope,* juillet 1901.)

TRIVAS.

NOUVELLES

Nouvelle Société. — On nous prie d'annoncer la formation aux États-Unis d'une nouvelle société ayant pris le titre de « The American laryngological, rhinological and otological Society ».

Bordeaux. — Impr. G. GOUNOUILHOU, rue Guiraude, 11.

29e ANNÉE. N° 46. 16 NOVEMBRE 1901

REVUE HEBDOMADAIRE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGI
ET DE RHINOLOGIE

RAPPORTS
DU SINUS FRONTAL AVEC LES CELLULES ETHMOÏDALI

Par le Dr Jules MOURET
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

Dans la réunion de la Société française de laryngologie mois de mai 1898 j'eus l'honneur de présenter mes rec ches sur l'anatomie des cellules ethmoïdales. L'an dernier Congrès international de médecine, le traitement de l' moïdite purulente chronique ayant été mis à l'ordre du j dans la section de rhino-laryngologie, je présentai à c occasion quelques pièces anatomiques intéressantes et j'ex mai l'opinion suivante :

1° La sinusite frontale est rarement isolée, elle est le p souvent accompagnée de sinusite ethmoïdale antérieure;

2° Le sinus frontal ne doit pas être considéré comme région anatomique n'ayant avec les cellules ethmoïdales des rapports de voisinage; il doit au contraire être co déré comme une cellule ethmoïdale du groupe ethmo frontal antérieur. Cette cellule se distingue seulement autres par son plus grand développement dans l'épaisseu l'os frontal.

J'ajoutai aussi que, dans le traitement de l'ethmoïdit

1. Travail communiqué à la Société française de laryngo mai 1901.

voie chirurgicale me paraissant la mieux indiquée était la voie frontale : « Cette voie permet de curetter d'abord le sinus frontal, qui, dans les cas chroniques, est presque toujours malade en même temps que les cellules ethmoïdales, et d'ouvrir ensuite largement ces dernières, en curettant d'avant en arrière les masses latérales de l'ethmoïde. »

Je fis enfin remarquer que s'il est possible de curetter tous les coins du sinus frontal largement ouvert, il n'en est pas de même pour les cellules ethmoïdo-frontales, lorsque leur prolongement frontal s'étend loin dans l'épaisseur de la voûte orbitaire, *ce que l'on ne peut prévoir*.

Je me propose aujourd'hui de démontrer :

1° Que le sinus frontal n'est autre chose qu'une grande cellule ethmoïdale;

2° Qu'à côté du sinus frontal, peuvent exister dans la voûte orbitaire et dans le front des cavités dépendant comme lui des cellules ethmoïdales et créant de véritables sinus supplémentaires, dont le volume peut parfois être supérieur à celui du sinus frontal;

3° Que certains points anatomiques, mieux connus, permettront, après large ouverture du sinus frontal, de prévoir la présence des prolongements sus-orbitaires des cellules ethmoïdo-frontales en arrière du sinus frontal.

Le sinus frontal est une cellule ethmoïdale.

Cette première proposition est démontrée par l'embryologie et par l'anatomie comparée d'une série de sinus frontaux.

Voici ce que dit Kölliker (2e édit., p. 793 et 794) : « Les cavités accessoires sont déjà formées dans la charpente cartilagineuse primitive du nez; toutes sont en première ligne des sinus de la muqueuse nasale entourés de cartilage; ... lorsque la capsule cartilagineuse a été remplacée par les os, ceux-ci se creusent de cavités par résorption

osseuse et ces cavités reçoivent les diverticules nouveaux qu'envoie la muqueuse, qui n'a pas cessé de proliférer;... les *sinus ethmoïdaux* sont déjà ébauchés chez un fœtus de six mois, à la naissance ils sont bien marqués; ... les sinus frontaux ne se forment qu'après la naissance et ne sont bien constitués qu'à la puberté et continuent même à s'accroître pendant longtemps. »

Il se produit donc une résorption du diploé frontal en même temps que la muqueuse d'un diverticule ethmoïdal se prolonge dans cette cavité de résorption pour la tapisser et prolonger ainsi hors de l'ethmoïde la cavité nasale.

Le développement du sinus frontal n'acquiert pas chez tout le monde les mêmes proportions. La dissection d'une série de pièces anatomiques permet de retrouver les stades embryologiques que parcourent et auxquels peuvent s'arrêter les sinus frontaux dans leur développement. Mes recherches ont porté sur quatre-vingts pièces anatomiques. La photographie de quelques-unes est jointe à ce travail.

L'étude attentive de ces pièces anatomiques m'a permis de tracer les schémas qui sont aussi annexés à ce travail et dont la lecture permet de saisir le processus de formation du sinus frontal, ainsi que les rapports du sinus avec les autres cellules ethmoïdales.

Je me permets de rappeler que dans mon premier travail[1] j'ai divisé les cellules ethmoïdales antérieures en : 1° bulle ethmoïdale, 2° groupe ethmoïdo-unguéal ou ethmoïdo-lacrymal, 3° groupe des cellules ethmoïdo-frontales antérieures dans lesquelles je distingue : *a)* l'infundibulum, *b)* la ou les cellules rétro-infundibulaires. Il convient d'ajouter à cette division une autre cellule dont l'importance m'avait échappé tout d'abord. Elle se trouve en avant de l'infundibulum et s'ouvre en avant de la gouttière de l'infundibulum, à la surface de la racine de l'apophyse unciforme, entre celle-ci et la lame

1. Mouret, Anatomie des cellules ethmoïdales (*Bull. et Mém. de la Soc. franç. d'otol., laryngol. et rhinol.*, 1898).

des cornets. J'appellerai cette cellule pré-infundibulaire (c. pré-i.) par opposition à celles déjà nommées rétro-infundibulaires. Son importance est presque aussi grande que celle de l'infundibulum, car elle intervient souvent dans la formation du sinus frontal. — On est convenu d'appeler infundibulum la cellule, représentée par la lettre I dans les schémas ci-joints, à laquelle aboutit en haut la gouttière comprise entre la saillie de la bulle ethmoïdale (B. E.) et le bord concave de l'apophyse unciforme (un.). Cette gouttière est elle-même appelée gouttière de l'infundibulum. On admet classiquement que le sinus frontal s'ouvre, par l'intermédiaire de la cellule infundibulum, à l'extrémité supérieure de la gouttière. Or, j'ai déjà eu l'occasion de dire dans mon précédent travail sur l'anatomie des cellules ethmoïdales, que le sinus frontal pouvait s'ouvrir dans le méat moyen par l'intermédiaire d'une cellule autre que l'infundibulum. Mes recherches actuelles me permettent aujourd'hui de dire que non seulement le sinus frontal n'est que l'expansion d'une cellule ethmoïdale dans l'épaisseur de l'os coronal, mais encore que toute cellule ethmoïdale du groupe antérieur est capable de donner naissance au sinus frontal. Toutefois et par ordre de fréquence, voici quelles sont les cellules ethmoïdales qui peuvent donner naissance au sinus frontal :

1° L'infundibulum;

2° La cellule pré-infundibulaire;

3° Une des cellules rétro-infundibulaires;

4° La cellule ethmoïdo-unguéale.

Le sinus frontal s'ouvre donc, suivant qu'il est formé par l'une ou l'autre de ces cellules, tantôt au sommet de la gouttière de l'infundibulum (I), tantôt en pleine gouttière (ethm.-ung.), tantôt dans la gouttière rétro-bullaire (cel. rétro-inf.), tantôt en avant de la gouttière de l'infundibulum à la surface de l'apophyse unciforme (cel. pré-inf.). Quelle que soit la cellule qui donne le sinus frontal, celui-ci peut rester rudimentaire ou devenir très grand.

Dans le schéma 1, il n'y a pas de sinus frontal; les cellules ethmoïdo-frontales sont petites.

Dans le schéma 2, la cellule dite infundibulum s'étend en haut et forme un rudiment de sinus frontal. Ces deux figures peuvent très bien s'appliquer à la disposition de la pièce photographiée n° XV, sur laquelle, à gauche, il y a absence totale de sinus et où l'on voit, à droite, une ébauche de sinus frontal.

Dans les figures 3, 4, on suit la progression du sinus, vers le haut, dans l'épaisseur de l'os.

Dans la figure 9, le sinus est formé par le développement de la cellule pré-infundibulaire.

Dans la figure 12, c'est la cellule rétro-infundibulaire, s'ouvrant dans la gouttière rétro-bullaire, qui donne un sinus frontal exclusivement développé dans la partie orbitaire.

La figure 10 représente un grand sinus avec deux orifices excréteurs, qui s'ouvrent à l'extrémité supérieure de la gouttière de l'infundibulum : il s'agit évidemment d'un sinus dû à la fusion de deux cellules ethmoïdales.

La figure 11 représente aussi un sinus qui s'ouvre à la fois dans la gouttière de l'infundibulum et dans la cellule ethmoïdo-unguéale. Le sinus résulte aussi de la fusion de deux cellules.

Toutes ces figures ont été faites d'après des types bien observés par moi. Leur étude nous démontre clairement :

1° Que le sinus frontal est bien dû à l'extension d'une cellule ethmoïdale dans l'épaisseur du frontal;

2° Que la cellule ethmoïdale qui forme le sinus n'est pas toujours la même et que, par conséquent, l'orifice excréteur du sinus n'occupe pas toujours la même place et n'est pas toujours à l'extrémité de la gouttière de l'infundibulum. Le cathétérisme du sinus frontal ne saurait donc être une manœuvre bien réglée;

3° Que plusieurs cellules ethmoïdales primitivement distinctes peuvent se fusionner et concourir à la formation du sinus;

4° Que si le sinus frontal se développe le plus souvent à la fois dans la partie frontale et dans la partie orbitaire de l'os coronal, il peut aussi se développer exclusivement dans l'une ou l'autre partie de cet os (fig. XII, XIII, XIX, XX).

Le sinus frontal n'est donc pas une cavité toujours identique à elle-même. Non seulement il peut manquer, mais ses rapports avec l'os frontal sont variables ainsi que ses rapports avec les cellules ethmoïdales et avec la partie externe du méat moyen.

Sinus frontal.

Sans vouloir faire ici l'anatomie du sinus frontal, je désire cependant attirer l'attention sur quelques points de cette cavité. Me basant sur les rapports du sinus avec le frontal et l'ethmoïde, je lui distinguerai une partie intra-ethmoïdale et une partie frontale.

Partie frontale du sinus. — J'ai déjà dit que le sinus, au sortir de la masse latérale de l'ethmoïde, peut se développer soit exclusivement dans la paroi supérieure de l'orbite, soit exclusivement dans le front. Mais la disposition la plus fréquente est celle où le sinus se développe à la fois dans la voûte de l'orbite et dans le front. C'est par la partie orbito-frontale que le sinus présente un développement plus ou moins grand : petit comme dans la figure XVIII, énorme comme dans les figures I et II.

La cavité orbito-frontale peut présenter des demi-cloisons (fig. II) transformant le fond de la cavité en diverticules plus ou moins étendus. En outre de son extension plus ou moins grande en haut dans le front, en arrière dans la paroi orbitaire supérieure, et en dehors dans l'apophyse orbitaire externe, le sinus frontal peut encore envoyer un diverticule assez prononcé dans l'épaisseur du squelette nasal (schéma 6) ; il peut aussi, dépassant la ligne médiane, se prolonger dans la moitié opposée du front et recouvrir plus ou moins le

s frontal du côté opposé (fig. XI), ou
onger dans l'épaisseur de l'apophyse cris
es parois de la partie orbito-frontale d
ıbre de quatre : une antérieure ou front
érieure ou cérébrale, une inférieure orl
to-ethmoïdale, une médiane inter-sinusi
i que de la paroi inférieure, qui représ
sinus. Elle est formée par la lame orb
dehors, et par la partie antérieure de la
a masse latérale de l'ethmoïde en dedans
: s'étend plus ou moins loin suivant
sinus; elle est convexe vers la cavité sinu
noïdale constitue la partie la plus interne
ıs; elle a environ un centimètre de large
bordée par la cloison inter-sinusienne;
généralement distincte de la partie orbita.
ro-postérieur plus ou moins prononcé.
ıt, elle s'étend plus ou moins loin suiv
profondément en arrière ou proémine
ıisseur de l'épine du frontal, au-dessus
Dans ce dernier cas, la partie ethmoïd
sinus n'est pas exclusivement constituée
s aussi par le squelette nasal, d'où le
noïdo-nasale qu'on peut donner à la p
ıcher du sinus. La partie ethmoïdale
be sur un plan inférieur à celui qu'o
taire. Elle est rarement plane, assez so
:uvette, au fond de laquelle on voit le o
s. Le fond de la cuvette est presque to
ère dans la partie la plus postérieure de l
du plancher; son pourtour peut être
evé par des saillies spéciales que j'étu
; le non de *bulles frontales*.
es parois du sinus sont disposées de tell
coupe sagittale, la surface de section p

d'un triangle. Des trois angles de ce triangle est seul intéressant l'angle postérieur, formé par la rencontre de la paroi supérieure *cérébrale* avec la paroi inférieure *orbitaire* : je l'appellerai angle *cérébro-orbitaire*. J'attire tout spécialement l'attention sur lui. Lorsque, en arrière du sinus, les lames osseuses orbitaire et cérébrale sont accolées l'une à l'autre, l'angle cérébro-orbitaire a une forme aiguë ou légèrement arrondie. Mais lorsque, en arrière du sinus, la paroi osseuse, ainsi que je le décrirai plus loin, contient le prolongement orbitaire d'une cellule ethmoïdo-frontale, la présence de cette cavité empêche la paroi cérébrale et la paroi orbitaire de se réunir à angle aigu. Il se forme entre cette cavité et la cavité du sinus une paroi de séparation, à la place de l'angle cérébro-orbitaire. Le sinus présente alors une véritable *paroi supplémentaire* en lieu et place de l'angle postérieur. La coupe sagittale du sinus offre aussi non plus la forme d'un triangle, mais celle d'un quadrilatère. Les figures I, II, XXII démontrent très nettement l'existence de cette paroi. *La paroi supplémentaire* est plus ou moins étendue, soit dans le sens transversal (longueur), soit, dans le sens vertical (hauteur). Ses dimensions dépendent de l'étendue de la cavité qui se trouve en arrière du sinus. Dans la figure XXII, côté gauche, elle mesure 3 centimètres et demi de long sur 1 centimètre de haut. Dans la figure I[1] elle occupe toute la longueur de l'angle cérébro-orbitaire et va jusqu'au niveau de la fosse temporale; sa longueur est de 5 centimètres, sa hauteur de 1 centimètre en dedans et de 2 centimètres et demi en dehors. Sur la figure II elle n'occupe que la moitié interne de l'angle cérébro-orbitaire et a la forme d'un triangle dont le sommet se continue en dehors avec l'angle lui-même; sa longueur est de 2 centimètres, sa hauteur mesure 7 millimètres près de la base du triangle.

1. Étant donnée l'obliquité dans laquelle a été mise la pièce I pour être photographiée, on ne voit que la partie externe de la paroi supplémentaire.

Lorsque l'angle cérébro-orbitaire est transformé en paroi, celle-ci, de si petite étendue qu'elle soit, apparaît tout d'abord dans sa partie la plus interne. Nous en verrons plus loin la raison, quand j'aurai parlé de la bulle frontale postérieure et des sinus supplémentaires.

Partie intra-ethmoïdale du sinus frontal. — La partie intra-ethmoïdale correspond à la partie de la masse latérale de l'ethmoïde que traverse la cavité sinusienne pour s'ouvrir dans le méat moyen des fosses nasales. Elle représente la cellule ethmoïdale primitive aux dépens de laquelle s'est formé le sinus frontal. J'ai déjà dit plus haut que cette cellule n'est pas toujours la même, et que, par conséquent, la situation de son orifice d'abouchement dans le méat moyen ne saurait aussi avoir une situation toujours la même. Le volume de la partie intra-ethmoïdale du sinus est aussi variable. Elle est large ou étroite suivant que les cellules voisines l'enserrent plus ou moins. La longueur varie aussi suivant que le méat moyen se prolonge lui-même plus ou moins haut dans la profondeur de la masse latérale. Si nous ne considérons que le cas (le plus fréquent, il est vrai) où le sinus s'ouvre à l'extrémité de la gouttière de l'infundibulum, on voit en effet que le prolongement du méat moyen dans l'ethmoïde, correspondant à cette gouttière, peut s'arrêter au niveau de l'extrémité antérieure de la bulle ethmoïdale (schéma 7) ou se prolonger dans toute la hauteur de la masse latérale (schéma 5). Dans cette dernière disposition, le sinus frontal ne présente pas de partie intra-ethmoïdale. Dans l'autre, au contraire, la longueur de la partie intra-ethmoïdale du sinus frontal peut avoir plus de 15 millimètres.

Les auteurs décrivent au sinus un canal fronto-nasal par l'intermédiaire duquel il s'ouvre à l'extrémité supérieure de la gouttière de l'infundibulum. Calculant même la longueur et la direction de ce canal, ils décrivent la façon dont il convient de procéder pour en faire le cathétérisme. Mais ce

que je viens de dire démontre très amplement, il me semble : 1° que rien de précis ne peut être dit à ce sujet, puisque l'orifice du sinus n'occupe pas toujours la même place ; 2° qu'il ne saurait être question d'un canal fronto-nasal, mais seulement d'une partie intra-ethmoïdale du sinus, variable d'ailleurs dans sa situation et dans ses dimensions.

Lieu d'élection pour la trépanation du sinus frontal. — J'ai dit que la cellule ethmoïdo-frontale qui forme le sinus frontal peut se développer dans l'os coronal soit uniquement dans la partie orbitaire de cet os, soit uniquement aussi dans sa partie frontale ; mais le plus souvent elle se développe à la fois dans l'une et dans l'autre. S'il est important pour le chirurgien de savoir que le sinus frontal peut manquer, il est non moins important pour lui de connaître la variabilité de ces dispositions, afin de pouvoir, le cas échéant, s'orienter de son mieux dans la recherche du sinus.

La disposition représentée dans le schéma 12 et dans les deux figures XX et XIX [1] est rare. S'il pouvait la prévoir, le chirurgien devrait, pour pénétrer dans le sinus frontal, trépaner la paroi interne de l'orbite au niveau de l'apophyse orbitaire interne, au-dessus de l'os unguis. Mais cette disposition est trop rare pour qu'on puisse faire de la face externe de l'apophyse orbitaire interne un lieu d'élection pour la trépanation du sinus frontal.

Le développement intra-frontal du sinus est la disposition la plus fréquente. Aussi est-ce avec raison que, considérant cette disposition comme normale, le chirurgien attaque le sinus par le front. Mais à quel endroit convient-il de trépaner ?

L'examen des photographies XV et XVIII et la connaissance que nous avons du mode de développement du sinus donnent la réponse à cette question. Le sinus se développe

1. Encore la disposition n° XIX tient-elle un peu de la disposition fronto-orbitaire, bien que la partie frontale soit très réduite.

de bas en haut, de l'ethmoïde vers le front, immédiatement au-dessus de la racine du nez. Nous savons aussi que le sinus peut être tout petit : pour cela il convient de le rechercher le plus près possible du nez. De plus, le squelette du nez est composé par les os propres du nez et par la branche montante du maxillaire supérieur. Or, les premiers n'ont pas de rapport direct avec les masses latérales de l'ethmoïde, d'où provient le sinus frontal. La branche montante du maxillaire est, au contraire, en rapport direct avec l'extrémité antérieure de la masse latérale correspondante, qui s'applique contre sa face profonde. Puisqu'il est sage de supposer *a priori* que l'on peut avoir affaire à un sinus petit, c'est-à-dire peu développé au-dessus de la masse latérale de l'ethmoïde, il est rationnel d'aller le rechercher le plus près possible de cette masse, au moment où il pénètre dans le front. Le lieu d'élection pour ouvrir le sinus frontal sera donc, comme le montrent les photographies n^{os} XV et XVIII, à la partie du frontal immédiatement sus-jacente à la branche montante du maxillaire supérieur sur l'apophyse orbitaire interne : la suture osseuse qui sépare les deux os sera le principal point de repère. Si, après avoir ouvert la lame externe de l'os frontal, on ne trouve pas le sinus (côté gauche de la photographie XV) et si le diagnostic d'empyème ethmoïdo-frontal antérieur a été justement fait, on pourra, dans ce cas, se porter un peu plus en dehors, sur la face externe de l'apophyse orbitaire interne, immédiatement au-dessus de l'unguis, et ouvrir les cellules ethmoïdo-unguéales, dont le prolongement frontal peut, lorsque ce groupe est malade, donner les signes de la sinusite frontale. En outre, on pourra ainsi arriver sur un sinus purement orbitaire, comme dans la figure XX. Mais il faudra toujours avoir commencé à le rechercher dans la région frontale, où il est plus de règle de le trouver. D'ailleurs, en ne procédant pas ainsi on pourrait, dans les cas représentés dans les photographies IX, XII, XIII, ouvrir seulement le sinus supplémentaire (voir plus loin) et laisser de côté le sinus principal.

Bulles frontales.

La partie intra-ethmoïdale du sinus frontal est entourée par les autres cellules ethmoïdales. Ces cellules sont plus particulièrement les cellules ethmoïdales antérieures. En arrière, ce sont les cellules rétro-infundibulaires (je suppose que le sinus s'ouvre dans l'infundibulum). En avant, c'est la cellule préinfundibulaire avec le groupe ethmoïdo-lacrymal. En dedans, l'infundibulum [1] correspond à la lame des cornets ou bien à une cavité cellulaire quelconque développée entre eux deux. En dehors, la partie intra-ethmoïdale du sinus est parfois recouverte par la lame osseuse qui forme la paroi externe de l'apophyse orbitaire interne, mais assez souvent le groupe cellulaire ethmoïdo-lacrymal s'insinue entre cette paroi et l'infundibulum. En définitive, la partie intra-ethmoïdale du sinus peut être considérée comme étant entourée de toutes parts par des cellules ethmoïdales.

Ces diverses cellules peuvent présenter un développement très variable. Lorsqu'elles sont volumineuses, elles compriment le sinus et font dans l'intérieur de ce dernier une saillie plus ou moins prononcée. Ces saillies ont été dénommées *bulles frontales* par Zuckerkandl [2], qui les mentionne sans y insister. Les bulles frontales méritent cependant d'attirer notre attention, car leur étude permettra au chirurgien, après ouverture large du sinus frontal, de s'orienter dans les rapports du sinus avec les autres cavités ethmoïdo-frontales.

Toutes les cellules qui entourent la portion intra-ethmoïdale du sinus frontal sont susceptibles de former une bulle frontale, c'est-à-dire de faire saillie dans l'intérieur du sinus. Suivant la situation de chacune d'elles par rapport au sinus, on peut décrire une bulle frontale interne, une bulle frontale antérieure, une bulle frontale externe et une bulle frontale

1. Le mot infundibulum est ici synonyme de partie intra-ethmoïdale des sinus.

2. Zuckerkandl, *Anatomie des fosses nasales*, p. 352, t. I.

postérieure. Il est très exceptionnel qu'elles existent toutes les quatre à la fois. Le plus souvent, une seule existe : c'est la postérieure qui est constante. La bulle externe et la bulle antérieure existent assez souvent, l'interne est peu fréquente.

Bulle frontale interne. — Lorsqu'elle existe, cette bulle se présente en général sous forme de saillie oblongue, appliquée à la partie inférieure de la cloison inter-sinusienne, surmontant et masquant plus ou moins l'orifice du sinus. Elle est formée par une cellule développée entre l'infundibulum et la lame des cornets, ou bien par une cellule rétro-infundibulaire, qui s'insinue entre la lame des cornets et la partie intra-ethmoïdale du sinus. Elle est aussi quelquefois constituée par une sorte de hernie du sinus frontal du côté opposé.

Bulle frontale antérieure. — La bulle frontale antérieure est plus fréquente que la bulle interne. Pour se rendre compte de sa situation et de sa constitution, il n'y a qu'à regarder les schémas 6, 7, 8. Lorsqu'elle existe, elle occupe la partie antérieure de la portion ethmoïdale du plancher du sinus frontal, en avant de l'orifice du sinus. Son volume ordinaire est égal à la saillie que formerait la moitié d'un pois. Bien entendu, cette bulle peut être plus volumineuse. Dans la photographie VII elle présente le volume d'un gros haricot. Elle peut même devenir plus grande encore et constituer une véritable cavité sinusienne. Elle est formée par la dilatation de la cellule pré-infundibulaire (c. pré-i.), et j'ai déjà dit que cette cellule peut former elle-même le sinus frontal (schéma 9). Si la bulle frontale antérieure manque, la partie ethmoïdale du plancher du sinus, qui se trouve en avant de l'orifice sinusien, peut être soit très inclinée en bas et en arrière, comme dans les schémas 2, 3, 4, 9, ou bien se présenter sous forme de surface plane plus ou moins étendue (schémas 5, 10, 11). Quelquefois une saillie globuleuse se présente bien à la place de la bulle

frontale antérieure, mais cette saillie peut être pleine et non celluleuse.

Bulle frontale externe. — La bulle externe est assez fréquente et se montre en dehors de l'orifice sinusien, entre cet orifice et la partie orbitaire du plancher du sinus, dont la sépare un sillon plus ou moins prononcé (fig. XXII, côté droit). Sa forme est variable : hémisphérique ou ovalaire à grand axe antéro-postérieur; elle peut être globuleuse ou aplatie; son volume peut atteindre celui d'un gros haricot. La bulle externe est le plus souvent constituée par le groupe cellulaire ethmoïdo-unguéal. Dans ce cas, au lieu de rester cantonnée entre l'unguis et la racine de l'apophyse unciforme, la cellule ethmoïdo-unguéale remonte en haut dans l'épaisseur de l'apophyse orbitaire interne pour faire saillie sur le plancher du sinus, en dehors de l'orifice sinusien. Elle peut aussi être formée par la saillie d'une cellule rétro-infundibulaire développée en haut et en avant, en contournant le côté externe de la partie intra-ethmoïdale du sinus. Enfin, il n'est pas rare aussi de trouver la bulle externe constituée non par une des cellules précitées, mais par un prolongement de la bulle frontale postérieure en avant, dans l'épaisseur de la partie ethmoïdale du plancher du sinus. Dans ce cas, la bulle externe n'est pas franchement externe par rapport à l'orifice sinusien, elle est à la fois externe et postérieure. La bulle externe représentée dans la photographie XVII est ainsi formée.

Bulle frontale postérieure. — La bulle frontale postérieure est constante. Elle est formée par la cellule ethmoïdo-frontale qui est située immédiatement en arrière de la partie ethmoïdale du plancher du sinus. La saillie qu'elle forme peut être très peu prononcée et uniquement représentée par le plan plus ou moins incliné qui borde l'orifice du sinus en arrière (voir divers schémas). Toutefois, à cette place, la paroi osseuse forme très souvent une saillie légèrement convexe

vers le sinus. Luc [1] appelle angle ethmoïdo-frontal le sillon que l'on observe entre la saillie formée par cette bulle et la voûte du sinus. Avec juste raison, cet auteur donne la bulle et ce sillon comme formant un point de repère très important à connaître au moment où, après avoir curetté le sinus frontal, il faut établir une large voie de communication entre le sinus et le méat moyen. Mais dans cela on n'envisage la bulle frontale postérieure que dans ses rapports avec l'orifice du sinus, c'est-à-dire avec la partie ethmoïdale du sinus. Or, cette bulle peut avoir avec la partie orbitaire du sinus des rapports importants. J'ai dit à propos de la bulle frontale externe que parfois cette bulle est formée par un prolongement de la bulle frontale postérieure en avant, le long du côté externe de la partie ethmoïdale du plancher du sinus. Cela indique déjà que cette bulle postérieure peut représenter une cavité assez grande. Mais cette cavité se développe plutôt directement en dehors, dans l'épaisseur de la voûte de l'orbite, en arrière du sinus frontal, le long de l'*angle cérébro-orbitaire*. En se développant ainsi, la bulle sépare, comme le fait le sinus lui-même, les deux lames osseuses qui constituent la voûte orbitaire, et, par suite, empêche la paroi cérébrale et la paroi orbitaire du sinus de se réunir à angle aigu. L'angle *cérébro-orbitaire* s'émousse, s'arrondit et, à sa place, se forme une saillie ovoïde qui proémine dans le sinus frontal (côté droit de la photographie XXII); ou bien l'angle cérébro-orbitaire est remplacé par une paroi verticale et non proéminente dans le sinus frontal, plus ou moins haute et plus ou moins longue, suivant le volume de la bulle frontale postérieure (côté gauche de XXII, I, II).

Sur la pièce photographiée n° I, la hauteur de cette paroi mesure plus d'un centimètre; sur la pièce n° II, elle n'est que d'un demi-centimètre. Le sinus frontal se trouve alors avoir une véritable *paroi postérieure supplémentaire* à la place de

1. Luc, *Leçons sur les suppurations de l'oreille moyenne et des cavités accessoires du nez.*

son angle postérieur cérébro-orbitaire. Mais de même que la hauteur de cette paroi est variable, de même aussi sa longueur, c'est-à-dire son étendue dans le sens transversal. Cela dépend de l'étendue de la bulle le long de l'angle cérébro-orbitaire du sinus. Sur la pièce I, elle présente une longueur de 5 centimètres et double en arrière toute l'étendue d'un sinus frontal, énorme lui-même; de même, sur la pièce XXII, sa longueur est de 4 centimètres; dans la pièce II, elle n'occupe que la moitié interne de l'angle postérieur du sinus; dans beaucoup de cas, elle n'occupe que le tiers, le quart, et moins encore de cet angle.

Cette paroi sinusienne supplémentaire est donc l'expression de la bulle frontale postérieure développée hors de la région ethmoïdale, dans l'épaisseur de la paroi supérieure de l'orbite, en arrière du sinus frontal.

Lorsque la bulle est peu développée, c'est-à-dire qu'elle ne s'étend que dans une partie de l'épaisseur de la voûte orbitaire, la paroi supplémentaire du sinus frontal se présente sous une forme triangulaire, dont la base est en arrière de l'orifice sinusien et dont le sommet se confond en dehors avec l'angle cérébro-orbitaire, ou plutôt avec ce qui existe de cet angle (phot. II).

Lorsque la bulle est très grande et constitue un grand sinus supplémentaire (voir plus loin) doublant ou entourant le sinus principal, la *paroi supplémentaire* de ce dernier est aussi beaucoup plus étendue et présente une forme quadrangulaire. La direction en est transversale lorsque le sinus supplémentaire double seulement en arrière le sinus principal (fig. I, XIV et XXII); elle est obliquement ascendante de dedans en dehors, d'arrière en avant et de bas en haut, lorsque le sinus supplémentaire ne reste pas cantonné à la région orbitaire, et qu'il se prolonge en avant dans l'épaisseur du front, à côté du sinus principal (fig. IX, XII, XIII).

La bulle frontale postérieure est formée le plus souvent par une des cellules que j'ai appelées rétro-infundibulaires

(schémas 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10). Elle peut aussi, en l'absence des cellules rétro-infundibulaires, être formée par la plus antérieure des cellules ethmoïdo-frontales postérieures (schéma 6, phot. II'). Dans quelques cas exceptionnels, la bulle frontale postérieure peut être due à un développement spécial de la bulle ethmoïdale proprement dite, qui cesse alors d'être purement ethmoïdale pour devenir ethmoïdo-frontale (schéma 11). Je n'ai observé cette disposition qu'une seule fois.

Dans l'épaisseur de la paroi qui sépare la portion ethmoïdale de la bulle frontale postérieure et la cavité du sinus se trouve fréquemment l'artère ethmoïdale antérieure. Quelquefois, cependant, ce vaisseau se trouve plus en arrière, dans l'épaisseur de la paroi postérieure de la bulle.

Sinus frontaux supplémentaires.

J'ai démontré que le sinus frontal n'est qu'une simple dépendance des cavités ethmoïdales et que ce n'est pas toujours la même cellule qui donne naissance au sinus. On peut donc, *a priori,* admettre que toute cellule ethmoïdo-frontale peut être susceptible de prendre un développement pareil à celui du sinus et que même deux cellules peuvent acquérir *à la fois* le volume d'un sinus frontal. Les recherches anatomiques démontrent l'exactitude de cette assertion : le sinus frontal peut être double.

Ce sont les cellules qui constituent les bulles frontales, et plus particulièrement celles qui forment la bulle frontale postérieure, qui peuvent acquérir un pareil volume et former un véritable *sinus supplémentaire.* Déjà quelques auteurs ont mentionné la rencontre fortuite de sinus frontaux doubles. Récemment, Suarez Mendoza a rapporté (*Archiv. internat. de laryngol.,* 1900) un cas semblable.

Poirier; dans son *Traité d'anatomie médico-chirurgicale,* page 28, dit avoir observé un petit sinus frontal « placé en

dedans et au-dessous » du sinus principal. Le cas de Poirier me paraît se rapporter à une bulle frontale de moyenne grandeur.

Dans mes dissections j'ai rencontré quelques cas fort remarquables de sinus supplémentaires et j'ai pu suivre les divers stades de développement entre les sinus supplémentaires très grands et les cellules ethmoïdales correspondantes peu développées qui leur donnent naissance.

En présence de sinus frontaux doubles, lequel des deux mérite le nom de sinus supplémentaire? Le nom de sinus frontal exprimant que cette cavité est développée dans le front, j'estime qu'il convient de donner le nom de *sinus principal* à la cavité qui, au sortir de l'ethmoïde, se développe directement dans le front et sera ainsi la plus antérieure. Je nommerai *sinus frontal supplémentaire* celui qui sera placé en arrière du précédent au sortir de l'ethmoïde[1]. Le sinus supplémentaire peut être développé seulement dans la paroi orbitaire, séparé du front par le sinus principal (phot. I, II', XIV, XXII). Il peut aussi contourner le sinus principal et se développer en dehors et à côté de lui, dans l'épaisseur du front (phot. IX, XII, XIII).

Les rapports de volume entre les deux sinus sont très variables. En général, le sinus principal est le plus grand, mais parfois aussi le sinus supplémentaire l'emporte de beaucoup sur le sinus principal. Ainsi, dans la photographie XIII, le sinus supplémentaire est énorme, cinq fois plus grand que le sinus principal. Sur 80 pièces, j'ai trouvé 7 sinus supplémentaires très grands. Mais on trouve plus souvent des sinus supplémentaires de moyenne grandeur, représentés par une bulle frontale postérieure assez développée.

1. Ainsi compris, le sinus frontal supplémentaire est presque toujours formé par le développement de la bulle frontale postérieure. Tout ce que j'ai dit plus haut de cette dernière peut s'appliquer à la description du sinus supplémentaire. Je prie le lecteur de se reporter aux pages précédentes où je viens de parler des rapports de la bulle frontale postérieure avec l'angle cérébro-orbitaire et la paroi postérieure supplémentaire du sinus frontal.

On comprend combien il est difficile de guérir la suppuration chronique lorsqu'elle s'est cantonnée dans de pareilles cavités, et cela est d'autant plus difficile qu'on ne peut en diagnostiquer à l'avance la présence. C'est pour cela qu'au dernier Congrès international de médecine je disais qu'après avoir soigneusement curetté le sinus frontal et largement ouvert le corps de la masse latérale de l'ethmoïde correspondante, le chirurgien devait se résoudre à attendre la guérison spontanée des culs-de-sac ethmoïdaux « qu'il ne peut prévoir ni atteindre ». *(A suivre.)*

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE DE LONDRES

Séance du 7 juin 1901.

M. E. Cresswell Baber, président.

M. de Havilland Hall. — Cas d'ulcération du larynx de nature tuberculeuse (?) chez un homme de quarante-huit ans *(Case of ulceration of the larynx tuberculous (?) in a male acted 48).*

Le malade est venu pour la première fois consulter l'auteur le 30 avril 1901, se plaignant d'enrouement. Il a fait treize années de service dans l'armée, a été au Canada, aux Indes, en Égypte et dans l'Afrique du Sud. En 1882, il eut la fièvre typhoïde; c'est d'ailleurs la seule maladie dont il ait été atteint. Pas d'antécédents de maladies vénériennes. Depuis un an, le malade a une extinction de la voix, mais jusqu'au mois d'avril dernier, il n'a suivi aucun traitement; il tousse, expectore, mais il n'a jamais eu d'hémoptysies; a maigri depuis quelque temps.

A l'examen du larynx, l'auteur trouva les deux cordes vocales tuméfiées et ulcérées, de même que la commissure interaryténoïdienne. La face laryngée de l'épiglotte était également ulcérée. L'examen des poumons révéla des signes d'induration et des râles aux deux sommets. Dans les crachats, quelques bacilles de Koch. On prescrivit des frictions mercu-

rielles et à l'intérieur de l'iodure de potassium, à la dose de 1gr50 par jour. Sous l'influence de cette médication les signes subjectifs se sont considérablement améliorés, mais l'altération objective du larynx ne s'est guère modifiée.

M. Saint-Clair Thomson est d'avis, d'après la seule inspection du larynx, qu'il s'agit d'un cas d'ulcération tuberculeuse chez un sujet syphilitique qui, ayant été d'abord atteint de pachydermie, a ensuite contracté la tuberculose du larynx.

M. de Havilland Hall dit que telle avait été également son opinion lors de l'entrée du malade à l'hôpital et cela, malgré l'absence d'antécédents syphilitiques. Les frictions mercurielles et l'iodure de potassium à l'intérieur n'ont que très peu modifié l'aspect du larynx. Cependant, à l'heure actuelle, le malade respire beaucoup mieux qu'auparavant.

M. Saint-Clair Thomson. — **Un cas de tumeur maligne du larynx chez un homme de cinquante-deux ans** *(Case of malignant laryngeal growth in a man acted 52)*.

Le malade se plaint d'un enrouement s'étant établi lentement depuis deux mois et demi. Il l'attribue à des refroidissements répétés depuis janvier, de sorte qu'on peut présumer que l'affection laryngée date d'au moins cinq mois.

Actuellement, la voix est réduite à un chuchotement. Les quatre cinquièmes antérieurs de la corde droite sont occupés par une tumeur oblongue à surface irrégulièrement mamelonnée; les sommets de quelques-uns de ces mamelons présentent une surface d'un blanc neigeux. Le tiers antérieur de la corde gauche est également infiltré et montre un ou deux de ces mamelons à sommet blanc. La partie postérieure de cette corde paraît comme ébréchée par la tumeur de la corde droite. Les deux cordes se meuvent; mais, tandis que les mouvements de la gauche sont parfaitement libres, ceux de la droite sont nettement limités. Dans les antécédents du malade on ne trouve rien qui autorise à soupçonner une syphilis antérieure. Le malade ne tousse ni crache; il n'a pas eu d'hémoptysies; la température et la respiration sont normales; le pouls n'est pas accéléré.

Depuis le mois de mai, le patient a pris, sans succès

d'ailleurs, 30 centigrammes d'iodure de potassium par jour et du perchlorure d'hydrargyre.

M. Spencer dit que, pour lui, il s'agit d'une tumeur maligne à présent bilatérale par infection du côté opposé. Selon lui, le cas nécessite une prompte et large intervention.

M. Wagget demande à M. Thomson s'il se propose de pratiquer une thyrotomie qui, d'après lui, ne peut être pratiquée ici qu'à titre de mesure exploratrice.

M. Thomson dit qu'il pense pratiquer une thyrotomie et il désire savoir si, de l'avis de ses collègues, le diagnostic peut être fait avec certitude sans avoir recours à l'excision d'un fragment de tumeur. Cette ablation d'une portion de néoplasme ne lui paraît pas nécessaire, car, si l'examen est négatif, il ne changera en rien leur opinion actuelle. Avant de pratiquer la thyrotomie, M. Thomson voudrait savoir jusqu'à quel point on peut enlever largement les parties lésées quand les deux cordes sont atteintes. On doit en effet déblayer largement tout un côté de l'intérieur du larynx; peut-on en faire autant de l'autre côté sans craindre une sténose? Il a vu un cas où l'on avait enlevé entièrement une des deux cordes et le quart antérieur de l'autre, mais dans le cas présent, il lui paraît indiqué d'extirper non seulement toute la corde primitivement atteinte, mais encore les deux tiers de la corde opposée.

M. Félix Semon dit qu'à plusieurs reprises, il s'est trouvé dans la nécessité d'exciser les deux cordes vocales et qu'il n'en est résulté aucune sténose consécutive. Il ne croit pas qu'on doive craindre une complication de ce genre.

D'accord avec M. Spencer, il pense que selon toutes les probabilités, la corde gauche est atteinte secondairement par suite d'une auto-infection. Cependant, si ce soupçon se trouve justifié, une simple excision suffira.

M. Saint-Clair Thomson. — **Un cas de suppuration du sinus frontal quatorze mois après l'opération externe** *(A case of frontal-sinus suppuration fourteen mouths after external operation).*

M. Herbert Tilley. — **Démonstration des résultats de trois cas d'opération externe sur le sinus frontal** *(Three cases demonstrating the results of external operation ou the frontal sinus).*

Cas de M. Thomson. — L'auteur présente ce cas pour montrer que la guérison des suppurations nasales dues à une

sinusite frontale est complète et permanente, et que la cicatrice extérieure est insignifiante et ne s'est pas accentuée avec le temps.

La malade a encore une suppuration de l'antre qu'elle lave par l'alvéole. On lui ordonna de ne pas y faire d'irrigations pendant quarante-huit heures, et comme elle n'a pas eu l'occasion de laver son nez depuis le jour de l'opération sur le sinus frontal, il faut admettre que le nez est complètement débarrassé de toute trace de pus. D'ailleurs, la malade affirme qu'elle n'emploie plus qu'un mouchoir par jour et que, ne fût-ce pour des raisons esthétiques, deux par semaine lui suffiraient.

Cas de M. Herbert Tilley. — Ces cas montrent que, si l'opération radicale est bien faite, il n'y a aucune raison pour qu'une récidive ait eu lieu au bout d'un certain temps, comme l'a prétendu le Dr Mc Bride à une des dernières réunions, et que l'opération en elle-même n'a rien de terrible. Ces cas ont été respectivement opérés il y a quatorze, neuf et six mois et il n'y a encore aucune trace d'écoulement purulent du nez. D'après ces cas, on voit combien insignifiante est la déformation occasionnée par l'opération radicale.

M. Vinrace avoue avoir employé le mot *terrible* en parlant de cette opération qu'il considère comme très grave. Il insiste sur l'importance qu'il y a, avant de procéder à une cure radicale, de débarrasser le méat inférieur ou la voie respiratoire de toute obstruction.

Il lui paraît beaucoup plus rationnel d'élargir *per nares* la communication naturelle entre le sinus frontal et le nez et, notamment, l'infundibulum, que de pratiquer une opération externe.

M. Fitz Gerald Powell demande à M. Thomson et à M. Tilley de donner à la Société quelques détails sur la méthode suivie dans le traitement opératoire de ces cas. Il voudrait savoir : premièrement, quelle quantité d'os a été enlevée, si c'est toute la paroi antérieure du sinus ou seulement une partie, si l'orifice naso-frontal a été agrandi et maintenu ouvert par un drain, et, secondement, quel est le procédé de tamponnement et le traitement général. Les résultats obtenus lui paraissent excellents et les opérateurs doivent en être chaudement félicités.

M. Spencer demande à M. Tilley quelques renseignements sur la fréquence relative des sinusites frontales unilatérales et bilatérales. M. Tilley a, paraît-il, surtout observé des cas de sinusites

unilatérales; est-ce que ces cas seraient plus fréquents? A une certaine époque on avait trouvé que près de 50 o/o des cas d'empyème du sinus frontal étaient bilatéraux, mais M. Tilley a présenté bien moins de cas bilatéraux qu'unilatéraux. Cela serait-il dû au fait qu'en pratiquant à temps une cure radicale d'un côté, on empêcherait l'empyème de devenir bilatéral?

M. Mc Kenzie Johnston dit qu'en thèse générale, les sinusites maxillaires sont beaucoup plus faciles à traiter que les frontales. Cependant, dans plusieurs de ces cas, l'antre avait été ouvert, et du fait que les malades portent encore un drain, il est à supposer qu'en ce qui concerne du moins l'antre, les malades ne sont pas complètement guéris.

M. Furniss Potter demande à M. Tilley quels sont les symptômes qui, d'après lui, indiqueraient la nécessité d'intervenir. Opérerait-il dans chaque cas où il y a lieu de supposer que le pus vient du sinus frontal?

M. Saint-Clair Thomson dit que la prétendue gravité de l'opération est contredite par la feuille des températures. Son malade s'est levé le quatrième jour après l'opération et a quitté l'hôpital au bout d'une quinzaine, et, à ce compte-là, l'opération n'est pas si terrible, du moins en ce qui concerne le temps passé par le malade au lit. Cette femme a été opérée parce que l'écoulement dont elle était atteinte était si abondant qu'elle salissait de six à huit mouchoirs par jour et quelquefois même dix-huit dans les vingt-quatre heures. Les symptômes dominants étaient douleurs et névralgie frontales. Son écoulement datait de dix mois, mais l'affection s'est aggravée à la suite d'une attaque de grippe. Quand il n'était pas obstrué par du pus, le nez était suffisamment large pour permettre à la malade de respirer librement. A l'ouverture du sinus frontal, on trouva celui-ci rempli de pus et sa muqueuse complètement dégénérée. L'extrémité antérieure du cornet moyen, a été enlevée seize jours avant l'opération, ce qui ménagea un espace suffisant pour le drainage, puisque, deux mois après l'opération, la malade est encore à même d'aspirer de l'air du nez dans le front. Même à présent, si l'on pose la main sur le front au moment où la malade respire par le nez, on sent que la cicatrice se distend. Quant à l'idée suggérée de traiter les sinusites frontales par l'intérieur du nez, la question a été déjà discutée à une des dernières réunions. Connaissant que des résultats peu satisfaisanls avaient été obtenus par ce procédé et qu'on avait même rapporté des cas de terminaison fatale, M. Thomson s'est décidé à maintenir chez sa malade la plaie ouverte pendant assez longtemps. Il l'a opérée le 30 avril, et n'a pas

laissé la plaie se fermer avant le 30 juin. Ce fut un des facteurs dans le traitement de ce cas; il faut y en ajouter un autre, et notamment celui d'avoir déblayé le canal naso-frontal sans laisser de drain dans le nez. La malade, ainsi que vient de le dire le Dr Johnston, a encore un empyème de l'antre qui, dans la pensée de M. Thomson, pourrait n'être qu'un simple réservoir pour le sinus frontal; il a donc abandonné l'empyème maxillaire à lui-même, espérant qu'il guérira spontanément, quand l'antre aura cessé de se remplir par en haut. Mais ce dernier sécrète encore du pus, quoique en très petite quantité. Dans un avenir prochain, il a l'intention d'opérer le sinus maxillaire.

M. Tilley, répondant à M. Vinrace, dit que l'ablation de polypes du nez est un procédé purement temporaire qui ne guérit point les céphalées pour lesquelles l'opération avait été pratiquée dans les présents cas. Un de ses malades a été, depuis dix-sept ans, périodiquement opéré de ses polypes dans divers hôpitaux. Quant aux autres questions posées par MM. Vinrace et Potter, ils y trouveront la réponse dans les comptes rendus de la Société du mois de février 1901, page 78. En réponse à M. Spencer, M. Tilley dit que sur 23 cas d'empyème du sinus frontal traités par lui, 10 étaient bilatéraux.

M. Herbert Tilley. — **Deux cas de thyrotomie pour tumeur maligne des cordes vocales** *(Two cases of thyrotomy for malignant disease of vocal cords).*

Dans un de ces deux cas, l'opération date de cinq ans, dans l'autre de trois ans et demi. Depuis, les deux malades se portent très bien. Dans le second cas, la voix est très bonne. Dans le premier cas, où la corde gauche et l'aryténoïde avaient été enlevés, on vit apparaître, quelques semaines après l'opération, une grosse granulation au niveau de la commissure antérieure qui existe encore sous forme de cicatrice. Si elle n'avait pas été observée de près, on aurait pu la regarder comme une récidive. M. Felix Semon a confirmé la nature du cas avant l'opération. On trouvera une relation détaillée de ces deux cas dans le *British medical Journal* du 22 octobre 1898.

M. Wagget a assisté à l'opération d'un des malades. Il se souvient qu'environ quinze jours après l'opération, on constata la présence de granulations suspectes à la commissure antérieure. Celles-ci disparurent sans traitement.

M. Furniss Potter. — Cas d'infiltration de la corde gauche chez un homme de vingt-huit ans *(Case of infiltration on left cord in a man acted 28).*

Le malade, employé de chemin de fer, dont le travail nécessite un usage constant de la voix, est récemment venu consulter pour une raucité de la voix et une sensation d'irritation dans la gorge datant de six mois.

A l'examen, la luette paraît allongée; la corde gauche est rouge et infiltrée sur toute sa longueur, et présente un aspect granuleux irrégulier. Sa mobilité n'est pas altérée. La région aryténoïdienne est très hyperémiée; en dehors de cela, le larynx paraît normal.

L'examen du thorax ne révèle aucun signe d'affection pulmonaire. Pas de toux, ni expectoration, ni amaigrissement. Le malade prétend se bien porter et être en état de vaquer à ses occupations. Pas d'histoire de syphilis, et dans les antécédents héréditaires on ne trouve pas de tare tuberculeuse.

M. Mc Kenzié Johnston, Edimbourg. — Cas de sarcome de l'amygdale avec préparations microscopiques *(Case of sarcoma of the tonsil, with microscopic slide).*

M. L..., âgé de vingt-huit ans, ouvrier de ferme à Shetland, est admis au Royal Infirmary, au commencement du mois de décembre 1900, pour une tumeur de la gorge. Le malade affirme n'en avoir connu la présence qu'il y a six semaines; mais, des renseignements recueillis, il résulte qu'il y a déjà trois mois que ses amis ont constaté que sa voix était devenue plus grosse que d'ordinaire. Le malade n'éprouve ni douleur ni gêne, et ne se plaint que de la présence d'une masse dans la gorge, quoiqu'il ait constaté que de temps à autre, en absorbant des liquides, ceux-ci sont régurgités par le nez.

A l'inspection de la gorge, on trouve l'amygdale gauche énormément augmentée de volume, s'étendant en bas dans le pharynx et en dedans à un demi-pouce au delà de la ligne médiane. Par son aspect et sa couleur elle ressemble beaucoup à une amygdale hypertrophiée, quoïque plus molle et plus vascularisée. En plus de cela, on ne constate rien d'anormal.

Plusieurs collègues, auxquels l'auteur a montré le malade, sont portés à croire qu'il s'agit tout simplement d'une tuméfaction inflammatoire. Le malade est mis à l'iodure de potassium, mais on ne tarde pas à s'apercevoir que, malgré ce traitement, la tumeur augmente rapidement de volume et que les ganglions sont infectés. Au moyen du galvano, M. Johnston enleva la plus grande partie de la masse, et le Dr Gulland, qui en a fait l'examen microscopique, diagnostiqua un sarcome globo-cellulaire.

Le 3 janvier 1901, le malade est opéré par le Dr David Wallace, qui fournit sur la marche de l'opération la note que voici :

« Les restes de l'amygdale et les tissus entre les piliers ainsi que les piliers eux-mêmes sont enlevés en même temps que deux ganglions engorgés situés en arrière et au-dessous de l'angle de la mâchoire. On fait ensuite une incision au-dessous et en arrière de l'angle de la mâchoire, correspondant à la partie postérieure de l'incision normale de Kocher; les ganglions infectés sont extirpés et une ligature est placée sur la carotide externe. La mâchoire est mise à nu en avant du masséter et divisée obliquement suivant une ligne allant de haut en bas et en avant; les deux portions sont largement divisées. Cette opération préliminaire, après ouverture de la bouche, met largement à nu toute la région amygdalienne, et permet de faire une ablation complète et rapide de tous les tissus morbides. Il n'y a pas d'hémorragie dans le vrai sens du mot. Le maxillaire est ensuite suturé au fil d'argent, un drain est inséré par l'ouverture dans la bouche, et la partie postérieure de la plaie complètement fermée. Le malade a très bien guéri et, jusqu'à présent, il continue à se bien porter. »

M. Mc Kenzie Johnston. — **Masse caséeuse trouvée dans une tumeur adénoïde après son ablation** *(Specimen of a cheesy mass found in an adenoid growth after removal).*

Le kyste était de la grosseur d'une moitié d'amande et était rempli de matières caséeuses.

M. Saint-Clair Thomson pense que ces kystes ne sont pas rares. On les observe souvent dans l'adénite aiguë de l'amygdale de Luschka, mais ils sont plus rares dans les cas chroniques. Il avait,

dans son service du Throat Hospital, un malade qu'il soignait pour une laryngo-trachéite avec bronchite à répétition. Le patient avait des végétations adénoïdes qui ont été enlevées, et, après l'opération, on fut frappé de l'odeur nauséabonde des matières caséeuses contenues dans les végétations. Il est fort possible que de temps à autre ces masses caséeuses donnaient lieu à une infection qui se propageait en bas. Il ne croit pas que M. Johnston les considère comme chose rare; mais son cas en est un exemple typique.

M. JOHNSTON partage l'avis de M. Thomson. Pour lui non plus, les cas de ce genre ne sont pas extrêmement rares, mais il n'en a jamais vu un spécimen aussi parfait, où la sécrétion fût si profondément située.

M. DONELAN. — **Cas d'anévrysme de l'aorte, où une paralysie de la corde gauche était le signe physique pendant la vie** *(Sketch of an aneurism of the aorta in which paralysis of the left vocal cord was the only physical sign during life).*

Le malade, sujet italien, âgé de trente-neuf ans, a été admis à l'hôpital italien le 14 février pour aphonie, légère dyspnée, engourdissement et douleur dans le bras gauche. Il y a deux mois, il fut pris d'un léger enrouement et l'aphonie devint complète quinze jours avant son admission à l'hôpital.

Pas d'antécédents syphilitiques; le sthétoscope ne révéla aucun signe physique. Le 15 février, à la demande du Dr Naumann, dans le service duquel le malade avait été hospitalisé, M. Donelan examina le larynx et constata une paralysie du récurrent gauche. Il a donc porté le diagnostic de paralysie récurrentielle gauche par tumeur intra-thoracique probablement un anévrysme.

Le lendemain, le malade fut subitement pris de symptômes ressemblant à ceux d'un accès d'angine de poitrine, ne tarda pas à tomber dans le coma et mourut dans l'espace de deux heures.

A l'autopsie, on trouva tous les organes sains, excepté la crosse de l'aorte à la face postéro-supérieure de laquelle et immédiatement en dehors de l'origine de la sous-clavière gauche siégeait un petit anévrysme ovalaire. La tumeur enveloppait et comprimait le récurrent gauche, ainsi qu'on peut s'en rendre compte d'après le dessin présenté à la Société.

(A suivre.) TRIVAS.

ANALYSES DE THÈSES

Anatomie et pathologie de la veine émissaire mastoïdienne, par le Dr Raoul COUDERT.

Après avoir décrit anatomiquement l'orifice du canal mastoïdien et la veine émissaire mastoïdienne, l'auteur en étudie la pathologie. Il énumère les causes et les symptômes de l'inflammation de la veine mastoïdienne et s'efforce de montrer les relations pathologiques qui existent entre elle et le sinus latéral.

D'après ses observations, la phlébite de la veine émissaire mastoïdienne peut exister sans altération du sinus latéral au même titre que la phlébite de la veine jugulaire. C'est une affection susceptible de produire des accidents graves et même mortels.

Les complications des phlébites de la veine mastoïdienne sont de deux sortes : elles sont d'ordre général, c'est-à-dire la pyohémie avec ses abcès métastatiques et ses modalités graves; elles sont d'ordre local, et c'est alors l'extension de l'infection soit en dedans, du côté de l'encéphale, soit en dehors, du côté des veines extra-craniennes, avec la périphlébite et les abcès qui peuvent en résulter.

Il ne faut pas s'attarder à un traitement médical, mais intervenir au plus tôt.

Quel que soit le cas, il faut : 1° trépaner l'apophyse et aller à l'antre; 2° mettre à nu le sinus; 3° aller de l'orifice de la veine mastoïdienne au sinus, en trépanant le pont osseux intermédiaire.

Au sujet de la ligature de la jugulaire, il faut distinguer deux cas et se comporter différemment selon que la veine mastoïdienne est seule thrombosée ou qu'il y a thrombose sinuso-mastoïdienne.

Dans le premier cas, sans lier immédiatement la jugulaire, on incisera la veine mastoïdienne et on retirera le caillot en ayant soin de ne pas ouvrir le sinus latéral.

Dans le second cas, il faut : 1° lier la jugulaire; 2° inciser et curetter la veine mastoïdienne, la détacher complètement de

son canal osseux ; 3° inciser, vider et nettoyer le sinus, puis le tamponner.

L'auteur a pu réunir douze observations : il termine son travail par les conclusions suivantes :

« La veine émissaire mastoïdienne présente de grandes variétés. Dans certains cas, elle a un calibre relativement considérable, ce qui augmente son importance physiologique et pathologique. Cette dernière est surtout marquée, quand la veine entre en rapport avec les cellules mastoïdiennes, ce qui n'est pas très fréquent, mais possible.

» La veine peut être une voie d'infection pour le sinus latéral. Plus souvent son inflammation est consécutive à celle du sinus. Les symptômes par lesquels se traduit la phlébite de cette veine sont importants à connaître dans le diagnostic des sinusites.

» Dans certains cas, l'infection peut être limitée à la veine mastoïdienne, sans altération du sinus. Cette affection, au point de vue des symptômes généraux, rentre dans le cadre des septico-pyohémies ; mais, par ses signes locaux, elle présente une véritable autonomie.

» Quelle que soit sa variété, la phlébite de la veine mastoïdienne donne lieu à des complications générales et locales. Parmi ces dernières, il faut surtout signaler les abcès périphlébitiques, qui ont une grande importance. La connaissance des lésions de la veine mastoïdienne est intéressante non seulement pour la clinique, mais pour les indications opératoires qui en découlent. » (Thèse de Paris, 1900.)

Dr G. Dupond.

REVUE GÉNÉRALE ET ANALYSES

BOUCHE ET PHARYNX BUCCAL

Œdème éléphantiasique des lèvres, par le Dr Henri Malherbe.

Il s'agit d'un homme de trente-cinq ans, atteint d'une hypertrophie énorme des lèvres, qui sont triplées de volume. Cet œdème labial semble être venu sans cause apparente.

Le malade est un lymphatique avéré.

Le traitement suivant a été institué : huile de foie de morue à l'intérieur; tous les soirs, compression énergique sur les deux lèvres avec des bandes de caoutchouc gardées toute la nuit; enfin, tous les huit jours, scarifications linéaires superficielles.

Au bout de quelques mois de ce traitement régulièrement suivi, les deux lèvres ont repris leur volume normal. (*Gaz. méd. de Nantes,* novembre 1900.) Dr G. DUPOND.

Cancer de la langue, ablation, par M. LEFEBVRE, de Lille.

L'auteur rapporte un cas d'épithélioma du bord droit de la langue, du pilier antérieur et de l'amygdale, opéré par le Dr Duret. L'intervention comprit les temps suivants : incision médiane du menton à l'os hyoïde et section de cet os; incision horizontale partant de la ligne médiane et se dirigeant transversalement vers le côté droit du cou; dissection du lambeau ainsi formé; puis section longitudinale de la langue, sa préhension au moyen de pinces de Museux, et sa traction vers la plaie inférieure. Cette traction ne réussissant pas, section médiane du maxillaire inférieur et écartement des lambeaux. Ablation de la moitié droite de la langue, du pilier droit et de l'amygdale correspondante. Puis suture de la langue et du plancher buccal à la soie, du maxillaire au fil d'argent. Sonde œsophagienne laissée à demeure et introduite par les fosses nasales. L'apparition rapide d'un phlegmon du cou amena la nécessité de faire une trachéotomie et le malade mourut le lendemain. (Communicat. à la Soc. anat.-clin. de Lille, séance du 13 février 1901, *in Journ. des sciences méd. de Lille,* nº 32, 10 août 1901.) Dr BRINDEL.

LARYNX ET TRACHÉE

A propos de l'article de MM. Thomson et Turner sur l'étiologie du stridulisme congénital chez l'enfant, par le Dr Marcel NATIER.

M. Natier n'admet pas, comme MM. Thomson et Turner, l'hypothèse d'après laquelle le stridulisme serait dû à quelque arrêt dans le développement des centres corticaux régissant les

mouvements de la respiration, car il suffit d'un fonctionnement défectueux du centre respiratoire normal.

Les changements d'aspect de l'orifice glottique sont également dus à l'insuffisance respiratoire, et ce qui le prouve, c'est leur disparition consécutive au rétablissement de l'équilibre pulmonaire.

Il n'y a pas lieu d'admettre une malformation congénitale.

Les poumons contribuent certainement à la genèse du bruit.

La névrose causale peut être complètement indépendante de l'existence de végétations adénoïdes ou de toute autre cause de sténose nasale ou naso-pharyngienne. Elle a pour facteur principal le trouble de la respiration, qui ne permet pas une hématose suffisante, d'où nutrition défectueuse de l'organisme. (*La Parole*, nº 8, août 1901.)

Dr F. ARDENNE.

La fixation des tubes d'O'Dwyer dans le larynx, *lettre ouverte à M. le professeur Von Bokay,* par le Dr BONAIN.

Les tubes d'O'Dwyer, de calibre inférieur à celui du cricoïde, sont maintenus en place par les cordes vocales qui font obstacle au passage de leur renflement. Dans un larynx à muqueuse infiltrée, le tube peut être retenu au niveau du cricoïde, dont le calibre se trouve ainsi rétréci. Mais, loin que ce mode de fixation soit désirable, on doit s'efforcer de l'éviter en n'employant, en pareil cas, que le tube le plus volumineux possible. Telle est la doctrine de l'inventeur de l'intubation, dont M. Bokay paraît avoir mal interprété la pensée dans son travail : *Ueber das Intubationstrauma.* Pour les partisans de la théorie cricoïdienne, les cordes vocales ne jouent aucun rôle dans la fixation des tubes. Pour M. Bonain, ce qui maintient le tube en place, c'est, avec la forme même de la région sous-glottique que reproduit la portion sous-ventrale du tube, la tonicité du sphincter glottique. Mais nul doute que fréquemment la tuméfaction de la muqueuse et la présence de fausses membranes ne viennent renforcer le moyen de fixation normal. (Extr. des *Ann. de méd. et de chir. infantiles,* Paris, 1901.)

Dr F. ARDENNE.

VARIA

Statistique des sourds-muets en Roumanie, par le Dr Costiniu.

Cette statistique est accompagnée de deux tableaux dont l'un représente, pour chaque district, le nombre des sourds-muets des communes rurales, l'autre celui des communes urbaines.

D'après ces données, on peut voir :

1° Que le nombre des hommes est presque double de celui des femmes;

2° Que, toute proportion gardée, le nombre des sourds-muets est plus grand à la campagne que dans les villes;

3° Que l'âge le plus atteint est entre six et quatorze ans. L'auteur a trouvé que plus de 60 o/o des cas reconnaissent pour cause : la scarlatine, la rougeole, la fièvre typhoïde, mais le plus grand nombre tient aux végétations adénoïdes. (*Archiv. internat. de laryngol.*, octobre 1900.)

Dr G. Dupond.

NOUVELLES

— **XIVe Congrès international de médecine de Madrid.** — Nous recevons à nouveau le règlement général du prochain Congrès international de médecine, qui se réunira à Madrid, sous le patronage de Sa Majesté le roi Alphonse XIII et de la reine régente, du 23 au 30 avril 1903. Ce règlement, que nous avons déjà publié en grande partie, porte comme complément que les dames appartenant aux familles des congressistes, et accompagnées par eux, bénéficieront, sur les chemins de fer, des réductions accordées aux congressistes; elles pourront, en outre, assister aux fêtes et cérémonies qui seront données en l'honneur du Congrès; elles devront, pour cela, se munir d'une carte spéciale, moyennant le prix de 12 pesetas par personne.

Bordeaux. — Impr. G. GOUNOUILHOU, rue Guiraude, 11.

22e ANNÉE. N° 47. 23 NOVEMBRE 1901.

REVUE HEBDOMADAIRE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

RAPPORTS
DU SINUS FRONTAL AVEC LES CELLULES ETHMOÏDALES
(*Suite et fin* [1])

Par le Dr **Jules MOURET**
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

Aujourd'hui, sans avoir la prétention de dire qu'on pourra toujours diagnostiquer la présence de ces cavités supplémentaires, je crois cependant pouvoir tirer de mon travail quelques notions nouvelles qui permettront, après ouverture large et curettage du sinus frontal, de diagnostiquer la présence des sinus supplémentaires. Comme je l'ai dit plus haut, les sinus supplémentaires sont en arrière des sinus principaux. C'est presque toujours aux dépens de la bulle frontale postérieure que j'ai vu ces sinus supplémentaires se développer. Or, si l'on a bien présent à l'esprit ce que j'ai dit sur la façon dont la bulle frontale postérieure se développe dans la paroi orbitaire, le long de l'angle cérébro-orbitaire du sinus frontal, on aura le principal élément du diagnostic de l'existence d'un sinus supplémentaire. Si l'angle cérébro-orbitaire est transformé en une paroi plus ou moins haute, mais bien nette, on pourra presque à coup sûr diagnostiquer la présence d'un sinus supplémentaire, en arrière du sinus principal. La longueur de cette paroi indiquera l'étendue de la cavité supplémentaire dans l'épaisseur de la voûte orbitaire.

1. Voir n° 46, du 16 novembre 1901.

Lorsqu'après avoir curetté le sinus frontal malade, largement ouvert, on pourra ainsi diagnostiquer la présence d'un sinus supplémentaire, il conviendra d'ouvrir ce dernier. Le sinus frontal n'étant autre chose qu'une cellule ethmoïdo-frontale, il y a en effet grandes chances, s'il est malade, que les autres cellules et le sinus supplémentaire, qui s'ouvrent comme lui dans le méat moyen, soient aussi infectés. Voici un procédé qui me paraît sage et rationnel pour ouvrir le sinus supplémentaire. Le sinus frontal étant largement ouvert et la présence du sinus supplémentaire étant soupçonnée par suite de la modification spéciale de l'angle cérébro-orbitaire en une paroi verticale plus ou moins étendue, il convient d'abattre cette dernière sur toute sa longueur. A ce moment, je comprends qu'on ait encore, et quand même, quelque hésitation, car, si l'on se trompe, on ouvre la cavité cranienne. Aussi je ne conseille point d'attaquer la paroi inter-sinusienne dans sa partie orbitaire. J'engage, au contraire, à l'attaquer par sa partie interne, dans la région ethmoïdale, immédiatement en arrière de l'orifice du sinus frontal. En effet, le sinus supplémentaire étant une cavité ethmoïdo-frontale (ethmoïdo-orbitaire) et représentant une bulle frontale postérieure très grande, on est sûr de pénétrer dans cette bulle en attaquant sa paroi antérieure immédiatement en arrière de l'orifice du sinus, où elle se trouve constamment. En somme, jusqu'à présent, c'est le même procédé qu'emploie Luc pour agrandir le « canal fronto-nasal » après curettage du sinus. J'appellerai cela le premier temps de l'ouverture du sinus supplémentaire. Il n'est pas rare à ce moment de voir un jet de sang artériel jaillir du fond de la plaie. L'artère ethmoïdale antérieure, comme je l'ai dit, se trouve en effet assez fréquemment entre la bulle frontale postérieure et le sinus. Lorsque l'hémorragie est arrêtée, on procède au second temps de l'opération. Ce second temps consiste, la bulle étant ouverte, à se rendre compte de sa profondeur, à

s'assurer si elle se prolonge dans la voûte orbitaire, c'est-à-dire à voir si le sinus supplémentaire que l'on a soupçonné existe réellement. Je rapprocherai volontiers le *modus faciendi* de ce second temps de ce que nous faisons pour l'antre mastoïdien. Le protecteur de Stacke permet, dans la trépanation mastoïdienne, de reconnaître l'existence des prolongements de l'antre au delà des limites de l'orifice que la gouge ou le ciseau viennent de créer, et, si le bec du protecteur donne la sensation d'un espace assez grand, on prend volontiers un stylet recourbé pour voir jusqu'où la cavité peut se prolonger.

La bulle frontale postérieure étant ouverte, on fera de même. Avec un stylet mousse recourbé à son extrémité à la façon du protecteur de Stacke, on peut, en l'introduisant dans la brèche que l'on vient de créer, sonder la profondeur à laquelle s'étend la bulle ou le sinus supplémentaire derrière l'angle cérébro-orbitaire plus ou moins transformé en paroi. Si le stylet recourbé ne s'enfonce pas du tout, il sera sage de s'abstenir; mais s'il s'enfonce en dehors, dans l'épaisseur de la paroi orbitaire, derrière la paroi intersinusienne[1], on pourra en toute sûreté agrandir la brèche déjà faite. En procédant avec précaution, on pourra ainsi effondrer peu à peu avec un long et mince ciseau la paroi inter-sinusienne supplémentaire. La brèche devra autant que possible intéresser toute cette paroi, afin de bien ouvrir tout le sinus supplémentaire qu'il conviendra de curetter très minutieusement.

Cette façon de faire rationnelle et prudente permettra au chirurgien d'étendre son intervention bienfaisante le plus loin possible. Dans les cas de sinus frontaux supplémentaires pareils à ceux reproduits dans les photographies I, II', IX, XIII, XIV, XXII, ce procédé procurera à l'opérateur la

1. Par paroi intersinusienne j'entends, ici, la paroi sinusienne *supplémentaire*, qui occupe la place de l'angle cérébro-orbitaire et qui sépare le sinus principal du sinus supplémentaire.

satisfaction d'une intervention aussi complète qu'imprévue, en même temps qu'il donnera au patient le maximum de chances de guérison.

EXPLICATION DES SCHÉMAS ET DES PHOTOGRAPHIES

Schémas.

Chacun de ces schémas représente la masse latérale gauche de l'ethmoïde vue par sa face interne, et recouverte par le frontal en haut, par le squelette nasal en avant.

Os. pr. : os propre du nez.

Fr. : frontal.

Eth. : masse latérale de l'ethmoïde.

Co. m. : ligne sinueuse représentant la ligne d'insertion du cornet moyen à la masse latérale.

Co. s. : ligne d'insertion du cornet supérieur à la masse latérale.

La ligne Co. s. et la moitié antérieure de la ligne Co. m. sont à peu près sur un même plan antéro-postérieur et représentent la limite inférieure de la lame des cornets, laquelle, au-dessus du cornet moyen et du cornet supérieur, forme la paroi interne de la masse latérale, et recouvre les cellules ethmoïdales postérieures et antérieures qui sont ici supposées être vues à travers la lame des cornets.

C. eth. p. : cellules ethmoïdales postérieures, ombrées, et s'ouvrant dans le méat supérieur.

C. eth. a. : cellules ethmoïdales antérieures; elles s'ouvrent dans le méat moyen et sont représentées en clair.

Parmi ces cellules ethmoïdales antérieures, on distingue :

B. E. : bulle ethmoïdale, saillante dans le méat moyen et dont la cavité se développe dans la masse latérale de l'ethmoïde, au-dessous et en dehors des autres cellules, ainsi que le représente la ligne pointillée.

C. r.-i. : cellules rétro-infundibulaires s'ouvrant dans la gouttière rétro-bullaire (s. r. b.) ou dans la gouttière de l'infundibulum (g. i.)

I. : infundibulum.

C. pré.-i. : cellule pré-infundibulaire, située en avant de l'infundibulum I, en dehors de la lame des cornets, en dedans de la racine de l'apophyse unciforme, qui la sépare du groupe cellulaire ethmoïdo-unguéal (c. eth. u.); son orifice s'ouvre en avant de la gouttière de l'infundibulum, à la surface de la racine de l'apophyse unciforme, caché sous la partie antérieure de la lame des cornets.

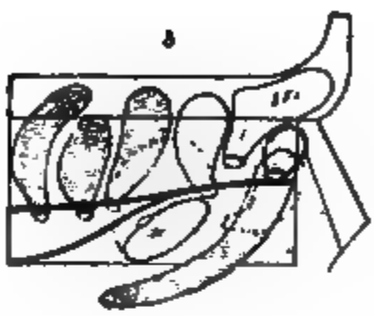
C. eth.-u. : cellule ou groupe cellulaire ethmoïdo-unguéal ou ethmoïdo-lacrymal; elle est représentée par une ligne pointillée, parce que, dans le schéma, elle occupe le plan le plus profond, en dehors de la racine de l'apophyse unciforme. Son orifice est sous la lèvre antérieure de la partie moyenne de la gouttière de l'infundibulum.

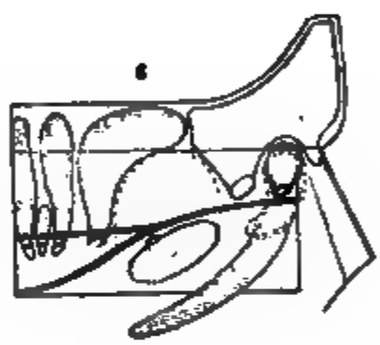
Ap. unc. : apophyse unciforme, est représentée ombrée.

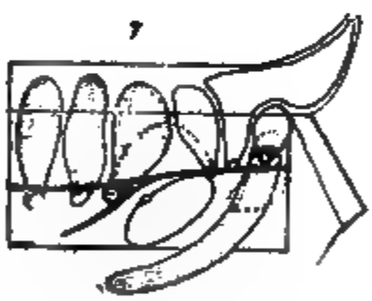
G. i. : gouttière de l'infundibulum.

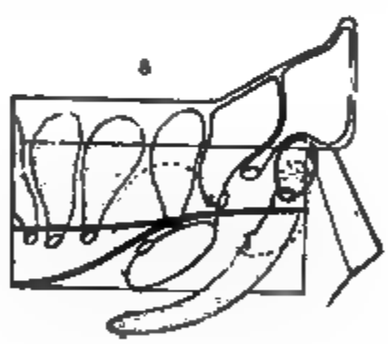
S. r.-b. : sillon ou gouttière rétro-bullaire.

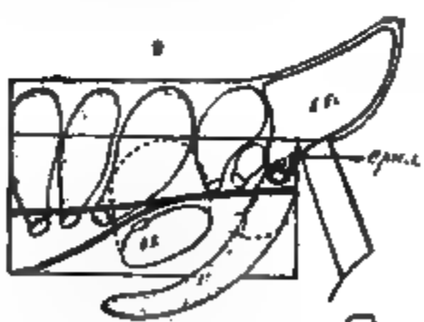
Schéma 1. — Cellules ethmoïdales antérieures petites, pas de sinus frontal. Le méat moyen se prolonge dans l'épaisseur de la masse latérale

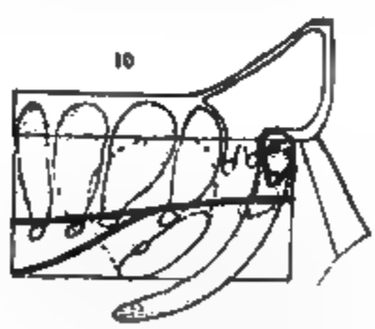


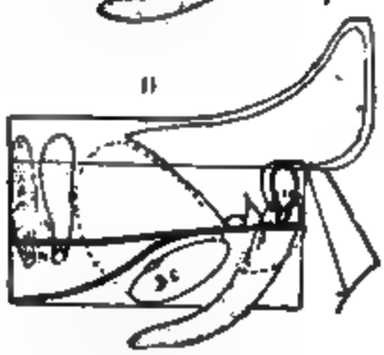


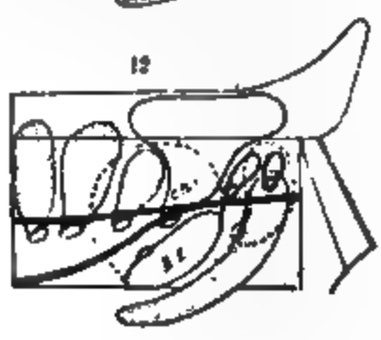












au-dessus de la ligne d'insertion du cornet moyen, car l'orifice des cellules I et c. r. i. reste très élevé; ce prolongement se fait par l'intermédiaire de la gouttière de l'infundibulum, qui remonte ainsi au-dessus de la ligne d'insertion du cornet moyen.

Schéma 2. — Ébauche du sinus frontal par extension de I en haut et en avant dans l'épaisseur de l'os frontal. I représente la partie intra-ethmoïdale du sinus frontal. Ébauche de la bulle frontale postérieure par la plus antérieure des deux cellules c. r. i.

Schéma 3. — Sinus frontal petit avec sa partie intra-ethmoïdale I. Une seule cellule c. r. i. formant bulle frontale postérieure.

Schéma 4. — Grand sinus frontal.

Schéma 5. — Grand sinus frontal très développé en avant. Pas de partie I, intra-ethmoïdale, du sinus. L'absence de cette partie I place l'orifice du sinus très haut, et permet à la gouttière de l'infundibulum (et par suite au méat moyen) de remonter dans toute l'épaisseur de la masse latérale.

Schéma 6. — Grand sinus frontal envoyant un diverticule dans le squelette nasal. C. pré.-i. forme une petite bulle frontale antérieure. Il n'y a pas de cellules rétro-infundibulaires. La partie intra-ethmoïdale du sinus est en rapport direct avec la bulle ethmoïdale; la partie frontale est en rapport aussi, en arrière, directement avec une cellule ethmoïdo-frontale postérieure, qui forme ici la bulle frontale postérieure.

Schéma 7. — Tandis que, dans les schémas précédents, on voyait la gouttière de l'infundibulum se prolonger plus ou moins haut dans l'épaisseur de la masse ethmoïdale, attendu que l'orifice de I n'arrivait pas au niveau de la ligne d'insertion du cornet moyen, on voit ici, au contraire, I ou la partie intra-ethmoïdale du sinus frontal être très longue et simuler un « canal fronto-nasal » du sinus. Il n'y a qu'une cellule rétro-infundibulaire, elle forme la bulle frontale postérieure; la cellule pré-infundibulaire forme une bulle frontale antérieure. L'extrémité supérieure de B E est soudée à la ligne d'insertion du cornet moyen et ferme ainsi au-dessus d'elle la communication, que l'on voit dans tous les autres schémas, entre la gouttière rétro-bullaire et la gouttière de l'infundibulum.

Schéma 8. — La plus antérieure des deux cellules rétro-infundibulaires forme saillie dans l'intérieur du sinus et constitue une bulle frontale postérieure plus saillante que dans le schéma 7. La cellule pré-infundibulaire forme une bulle frontale antérieure assez grande. La partie du sinus comprise entre ces deux bulles frontales est rétrécie et simule un canal étroit (photographie VII).

Schéma 9. — Dans ce schéma, l'infundibulum reste tout petit et ne prend aucune part à la formation du sinus frontal. Celui-ci est formé par extension de la cellule pré-infundibulaire, qui en représente la partie intra-ethmoïdale, et qui, comme elle, s'ouvre en avant de la gouttière de l'infundibulum, à la surface de la racine de l'apophyse unciforme.

Schéma 10. — Le sinus frontal présente une courte partie intra-ethmoïdale double et ayant un double orifice d'excrétion à l'extrémité supérieure de la gouttière de l'infundibulum.

Schéma 11. — Il n'y a pas de cellule rétro-infundibulaire; la bulle ethmoïdale s'élève en haut jusque dans le frontal, forme une cellule-ethmoïdo-frontale et constitue une bulle frontale postérieure, qui n'est point ici saillante dans le sinus. Le sinus frontal est très grand et s'ouvre à l'extrémité supérieure de la gouttière de l'infundibulum et, par un orifice supplémentaire, communique avec le groupe ethmoïdo-unguéal.

Schéma 12. — Le sinus frontal n'est développé que dans la partie orbitaire du frontal. Il est formé par l'extension d'une cellule rétro-infundibulaire dont l'orifice excréteur est dans la gouttière rétro-bullaire (photographies XX, XX').

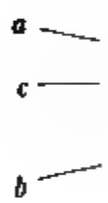
Photographies.

I. — Sinus frontal énorme, s'étend en dehors jusqu'au delà de l'apophyse orbitaire externe, très large en avant par proéminence très prononcée des

a, Sinus frontal principal. — *b*, Sinus frontal supplémentaire; — *c*, Cloison séparant le sinus principal du sinus supplémentaire, paroi inter-sinusienne postérieure; — *d*, Sinus sphénoïdal; — *e*, Ligne sinueuse suivant laquelle a été réséqué le cornet moyen pour mettre à nu les deux flèches *f* et *f'* représentées en blanc, qui indiquent l'orifice excréteur propre aux deux sinus.

bosses sourcilières. La partie intra-ethmoïdale du sinus est réduite à néant. La bulle frontale postérieure est très grande, forme un grand sinus supplémentaire, qui, en dehors, correspond à la fosse temporale. L'angle

cérébro-orbitaire du sinus est complètement remplacé par une paroi verticale dont la longueur mesure 5 centimètres et dont la hauteur est de 1 centimètre au voisinage de la région ethmoïdale et de 2 centimètres et demi au voisinage de la région temporale. Cela tient à ce que les deux sinus présentent un maximum de dilatation à leur partie externe, à l'inverse de ce qui se produit d'habitude.

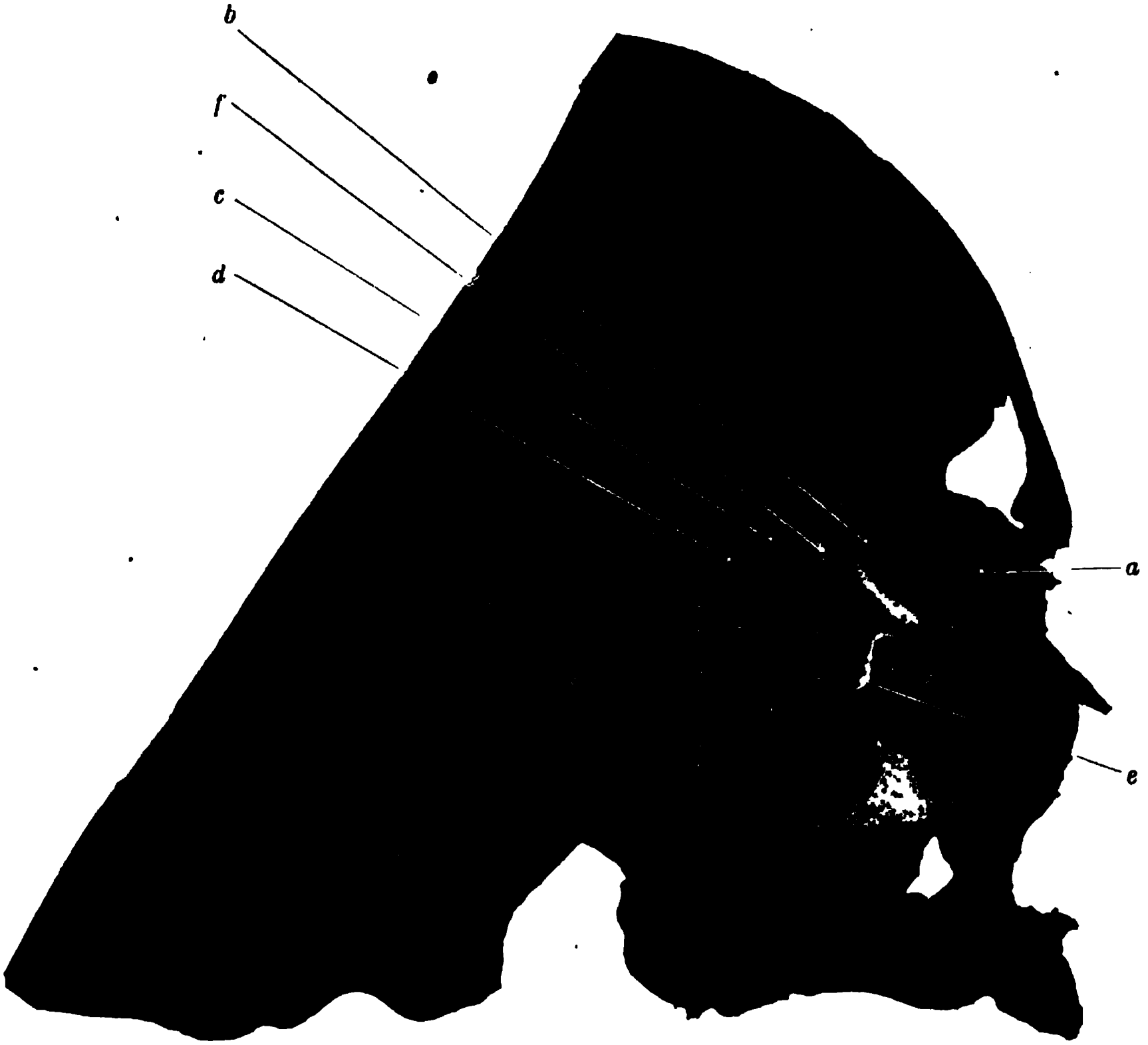


a, Sinus frontal ouvert par ablation de sa paroi antérieure; — *b*, Cloison intersinusienne occupant la place de l'angle cérébro-orbitaire; — *c*, Demi-cloison intra-sinusienne cachant la partie externe de la paroi *b*.

II. — Sinus frontal très grand s'étendant en dehors jusqu'à la fosse temporale. Diverticules supérieurs séparés les uns des autres par des cloisons osseuses.

L'angle cérébro-orbitaire est remplacé par une paroi qui, sur la photographie, a été délimitée par deux traits noirs Cette paroi mesure 2 centimètres de long et 7 millimètres de hauteur à sa base; sa forme est trian-

gulaire, son sommet se confond, en dehors, avec l'angle cérébro-orbitaire, mais, dans la photographie, le sommet de la cloison est caché par la présence d'une demi-cloison intra-sinusienne *(c)*.



a, Sinus frontal; — *b*, Apophyse crista-galli; — *c*. Cellule ethmoïdo-frontale postérieure, constituant sur cette pièce la bulle frontale postérieure ou petit sinus supplémentaire dont la paroi antérieure est représentée par *b* dans la photographie II. L'orifice de cette bulle, ou petit sinus supplémentaire *c*, s'ouvre, comme l'indique une flèche *f*, dans le méat supérieur au-dessus de *e*; — *e*, ligne sinueuse suivant laquelle a été réséqué le cornet moyen.

II'. — Cette figure représente la photographie de la pièce II prise par la face interne. Cette coupe antéro-postérieure du crâne passe en dehors de la cloison médiane, qui sépare le sinus frontal gauche du sinus frontal droit. Le sinus frontal se prolonge dans l'intérieur de l'apophyse crista-galli. On voit deux cellules ethmoïdo-frontales *(c, d)* dont le toit a été ouvert; la plus antérieure est séparée du sinus frontal par une paroi osseuse qui

occupe l'angle cérébro-orbitaire; elle constitue la bulle frontale postérieure et forme un petit sinus supplémentaire; sur cette pièce elle est formée par une cellule ethmoïdo-frontale postérieure. Comme l'autre cellule, que l'on voit aussi ouverte en arrière d'elle, la bulle frontale postérieure s'ouvre dans le méat supérieur et appartient ici au groupe cellulaire ethmoïdo-frontal postérieur.

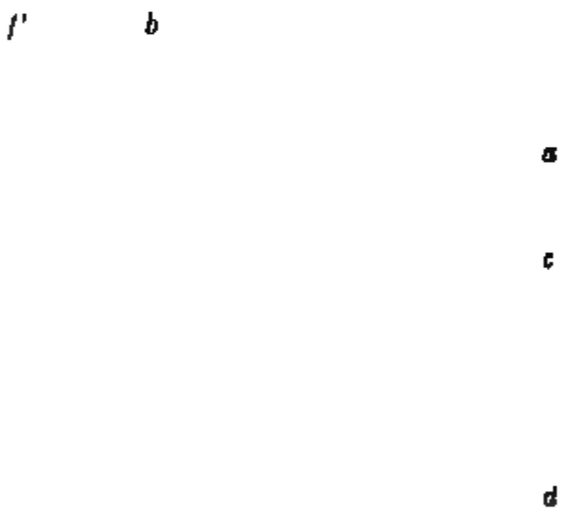
III. — Plancher du sinus frontal en forme d'entonnoir, aplati transversalement et présentant *deux orifices excréteurs*.

IV. — Plancher du sinus frontal mis à nu par une section du frontal horizontale et menée tangentiellement à la face supérieure du toit de l'orbite. *Deux orifices excréteurs.*

V. — Plancher du sinus frontal mis à nu par une section du frontal horizontale et menée tangentiellement à la face supérieure du toit de l'orbite. *Deux orifices excréteurs.*

VII. — Sinus frontal. Bulle frontale antérieure formée par la cellule préinfundibulaire. Bulle frontale postérieure grande s'ouvre dans la gouttière rétro-bullaire

Par suite de la proéminence en haut et en arrière de la bulle frontale antérieure et par suite aussi de la proéminence en avant et en haut de la bulle frontale postérieure, la partie intra-ethmoïdale du sinus frontal est rétrécie, aplatie d'avant en arrière et simule un canal fronto-nasal.



a, Sinus frontal. Une flèche *(f)* indique le trajet de sa portion intra-ethmoïdale; — *b*, Bulle frontale postérieure *f'* indique la direction de son orifice excréteur; — *c*, Bulle frontale antérieure; — *d*, Ligne sinueuse suivant laquelle a été réséqué le cornet moyen.

VIII. — En arrière du sinus frontal, on voit deux cavités ouvertes. Celle du milieu s'ouvre à l'extrémité supérieure de la gouttière de l'infundibulum, tandis que le sinus frontal s'ouvre en avant de cette gouttière, à la surface de la racine de l'apophyse unciforme. La plus postérieure des trois cavités juxtaposées est une cellule ethmoïdo-frontale postérieure qui s'ouvre dans le méat supérieur. La cavité qui est en arrière du sinus représente la bulle frontale postérieure : mais si l'on regarde la cavité du sinus frontal,

a, Sinus frontal ; — *b*, Bulle frontale postérieure et externe ; — *c*, Déviation de la cloison inter-sinusienne formant dans cette pièce une bulle frontale interne.

on ne voit pas ici que cette bulle se traduise par la saillie qu'elle fait ordinairement à la place de l'angle cérébro-orbitaire. Celui-ci est, au contraire, très bien marqué, et sur la photographie il est indiqué par une ligne ombrée.

En revanche, on voit une bulle frontale externe très nettement dessinée, dont le point culminant a été perforé. Cette bulle externe est ici constituée par la bulle frontale postérieure qui, au lieu d'élargir et soulever l'angle cérébro-orbitaire pour faire saillie dans le sinus, a glissé sous cet angle le long du plancher même du sinus qu'elle soulève en formant une bulle externe.

Cette photographie donne encore la reproduction d'une dépression que

l'on voit en dedans du sinus frontal. Cette dépression est due au sinus frontal du côté opposé, qui soulève la cloison inter-sinusienne pour aller former une bulle frontale interne dans le sinus voisin.

IX. — Le sinus frontal principal s'élève en haut dans l'épaisseur du front le long de la ligne médiane et est exclusivement frontal. En arrière de lui, se trouve un grand sinus supplémentaire qui est développé à la

b

c

a

a, Flèche traversant le sinus frontal principal ; — *b*, Flèche traversant le sinus frontal supplémentaire, dont une partie de la voûte a été ouverte ; — *c*, Cloison inter-sinusienne.

fois dans la paroi orbitaire en arrière du sinus principal et dans le front en dehors du sinus principal.

Étant donnée cette disposition, le sinus principal et le sinus supplémentaire sont séparés par une cloison inter-sinusienne dont la direction n'est pas, comme dans la photographie I, orientée de dedans en dehors, mais de bas en haut ; et au lieu d'être verticale elle est antéro-postérieure, comme le montre sa coupe. Cette paroi n'est donc pas ici cérébro-orbitaire, mais plutôt cérébro-frontale. Sa largeur est de 2 centimètres.

Deux flèches indiquent le grand axe de chaque sinus et on les voit ressortir dans le méat moyen. Entre les deux sinus se trouve sur la pièce

une bulle grosse comme un pois, saillant dans le sinus supplémentaire en avant de son orifice excréteur. La photographie n'a pu reproduire cette bulle en même temps que les deux sinus. Sinus frontal principal, sinus supplémentaire, bulle de ce dernier, s'ouvrent tous les trois à la partie supérieure de la gouttière de l'infundibulum par un orifice propre à chacun d'eux.

XI. — Le sinus frontal du côté opposé développé au delà de la ligne médiane recouvre en grande partie la face antérieure du sinus. L'angle

a, Sinus frontal; — b, Sinus frontal du côté opposé, très développé au delà de la ligne médiane: — c, Cloison inter-sinusienne, — d, Apophyse unciforme bulleuse; — e, Ligne de resection du cornet moyen.

cérébro-orbitaire est élargi dans sa partie interne par la présence de la bulle frontale postérieure qui s'ouvre dans la gouttière rétro-bullaire.

Le sinus lui même s'ouvre au sommet de la gouttière de l'infundibulum.

Du côté de la fosse nasale, la moitié antérieure du cornet moyen a été réséquée pour mettre à nu l'apophyse unciforme, qui, à l'inverse de ce qui est représenté dans la photographie XVII, forme une sorte de vésicule creuse proéminant dans le méat moyen et simulant soit une tumeur, soit la bulle ethmoïdale très développée. Un point noir marque un trou qui a été fait avec une aiguille pour voir si cette bulle était pleine ou creuse. Dans l'intérieur de cette vésicule se prolonge la cavité de la gouttière de l'infundibulum.

XII. — Sinus frontal principal et sinus
le front. Comme dans IX, le sinus sup
principal, et tandis que celui-ci est seule
frontal. La paroi inter-sinusienne est ici
tale : sa longueur est de 2 centimètres et d
Le sinus principal s'ouvre en avant de l

c, Cloison séparant le sinus frontal du sinus accessoire ou supplémentaire.

la surface de la racine de l'apophyse unc
s'ouvre sur la partie supérieure de la gou

XIII. — Sinus principal développé seu
supplémentaire développé à la fois dans
front, comme dans XII et dans IX. Le s
plèce un développement énorme, dont
cause de l'obliquité qu'on a dû donner à
deux sinus à la fois. Il occupe toute la vo
petites ailes du sphénoïde en arrière, ju
dehors et remonte en haut vers le milie
Le sinus principal s'ouvre en avant de l
la surface de la racine de l'apophyse unci
s'ouvre un peu en arrière de l'extrémité de

XIV. — Coupe antéro-postérieure de la face passant par le milieu de la voûte orbitaire et par le sinus maxillaire dont on voit la paroi interne ou nasale. Le sinus frontal principal est très grand et envoie un diverticule sous la cloison inter-sinusienne, dans la base de l'apophyse crista-galli. Ce diverticule se voit sur XIV'.

a, Sinus frontal principal. — *b*, Sinus frontal supplémentaire ou bulle frontale postérieure. — *c*, Cloison inter-sinusienne; — *d*, Bulle ethmoïdale ouverte au niveau de l'os planum

La bulle postérieure est coupée transversalement; elle s'étendait sur les trois quarts de la largeur de la voûte orbitaire. Elle forme un sinus supplémentaire : on voit une paroi verticale séparer le sinus principal du sinus supplémentaire.

XIV'. — La coupe passe par la cloison du nez, qui était déviée à droite et dont la plus grande partie a été enlevée. On voit la paroi interne du sinus droit au-dessus du diverticule median envoyé par le sinus gauche.

La moitié antérieure du cornet moyen a été réséquée. La bulle ethmoïdale est très grande.

L'apophyse unciforme constitue une saillie *creuse* en forme de crochet proéminant comme un éperon dans le méat moyen. Cette apophyse, dans cette pièce, ne prend pas part à la fermeture de l'ostium maxillaire à cause

de cette proéminence dans le méat moyen : elle semble luxée de sa place ordinaire. L'ostium maxillaire est surtout fermé par un repli muqueux (XIV) au sein duquel se trouve placée une mince lamelle osseuse isolée du restant du squelette et formant un petit os surnuméraire.

XV. — Absence de sinus frontaux. A gauche, absence totale. Le trou créé à travers l'extrémité supérieure de la branche montante du maxillaire

a, Paroi médiane inter-sinusienne, — *b*, Prolongement du sinus frontal gauche (XIV) au delà de la ligne médiane, sous la cloison inter-sinusienne; — *c*, Bulle ethmoïdale très grande; — *d*, Apophyse unciforme proéminent dans le méat moyen. Elle simule une tumeur; — *e*, Ligne de résection du cornet moyen.

conduit directement dans le méat moyen. A droite, ébauche d'un sinus frontal par extension d'une cellule ethmoïdo-frontale, dans l'épaisseur du frontal, sur une étendue de 1/2 centimètre au-dessus de la ligne de suture fronto-nasale. Cette ébauche de sinus frontal s'ouvre en bas à la surface de la racine de l'apophyse unciforme.

Cette pièce démontre bien que, lorsqu'on veut trépaner un sinus frontal, comme rien ne prouve que ce sinus sera grand ou petit, il faut toujours supposer qu'il sera petit et aller le chercher le plus près possible du nez. Étant donnée l'obliquité de la face extérieure de la branche montante du

a, Sinus frontal principal. — *b* Sinus frontal supplémentaire.

maxillaire, il faut trépaner le frontal immédiatement au-dessus de la suture fronto-maxillaire et le ciseau portera plus particulièrement sur la partie du frontal qui est au-dessus de la moitié *postérieure* de l'extrémité de la branche montante du maxillaire supérieur.

XVI. — Sinus frontal principal et sinus frontal supplémentaire de moyenne grandeur. La longueur de la paroi inter-sinusienne égale 1 centimètre et demi, la hauteur mesure 8 millimètres.

d *c* *b* *a*

e

f

i

h *g*

a, Plancher du sinus frontal. — *b*, Bulle frontale externe; — *c*, Bulle frontale postérieure; — *d*, Cellule ethmoïdo-frontale postérieure; — *e*, Ligne suivant laquelle a été réséqué le cornet moyen; — *f*, Flèche indiquant la partie intra-ethmoïdale du sinus frontal; — *g*, Apophyse unciforme; — *h*, Bulle ethmoïdale; — *i*, Gouttière de l'infundibulum.

XVII. — Sinus frontal ouvert par ablation de sa paroi supérieure. Bulle frontale externe : un trou en forme de fente antéro-postérieure a été fait à son point culminant. Bulle frontale postérieure ouverte du côté de la cavité cranienne Cellule ethmoïdo-frontale postérieure ouverte aussi en arrière de la précédente. Dans la fosse nasale, la moitié antérieure du cornet moyen a été réséquée, mettant à jour la bulle ethmoïdale, la gouttière de l'infundibulum (ligne noire), l'apophyse unciforme et l'extrémité infé-

rieure de la tige blanche *f* qui indique
du sinus frontal. L'orifice du sinus se
surface de la racine de l'apophyse un
de particulier qu'elle est repliée sur
gueur : son bord postérieur mince, q
dibulum, est, par suite de ce repli, re
dans la photographie, est indiqué
somme, sur cette pièce, le bord post

la fosse nasale, simulant, à première
de la bulle ethmoïdale qui, on le s
globuleuse.

XVIII. — Sinus frontal tout petit,
située immédiatement au-dessus de
supérieur. *Lieu d'élection pour la trépa*

XIX. — Sinus frontal développé s
partie *frontale* située au-dessus de
supérieur est petite.

XX. — Sinus frontal exclusivemen
la gouttière rétro-bullaire. La figure
schéma 12. La paroi supérieure ou cé
ouverte.

XX'. — Cette photographie représente
opposé. Par une coupe antéro-postérieure
l'os malaire ont été enlevés, ouvrant ainsi
tant de voir de face la paroi interne de l'o
paroi orbitaire interne indique les limite
cédente. Dans la partie du frontal qui sur
oil

perd dans le peu qui reste de l'angle *cérébro-orbitaire* du sinus; 2° une bulle externe hémisphérique.

Entre la bulle externe et la bulle postérieure d'une part, et la partie

a, Plancher du sinus frontal; *b*, Bulle à la fois postérieure et externe; — *c*, Une cellule ethmoïdo-frontale postérieure, dans la cavité de laquelle on voit une autre cellule ethmoïdale faire une saillie globuleuse, au sommet de laquelle un trou a été fait comme dans la bulle *b*.

orbitaire du plancher du sinus d'autre part, on voit un sillon très marqué.

Côté gauche: la paroi antérieure et la paroi supérieure du sinus ont été enlevées, mettant à nu le plancher du sinus et la paroi *postérieure suppléé*

b

c

a

c

mentaire, qui sépare le sinus principal du sinus accessoire que l'on voit derrière elle.

Cette paroi supplémentaire occupe toute la place de l'angle cérébro-orbitaire. Comme dans la pièce n° 1, le sinus principal et le sinus supplémentaire étant très dilatés à leur partie externe et ce dernier allant en dehors aussi loin que le principal, cette paroi supplémentaire est aussi haute en dehors qu'en dedans : elle mesure 4 centimètres de longueur et 1 centimètre de hauteur.

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE DE LONDRES

Séance du 7 juin 1901.

(*Suite et fin*[1])

M. E. Cresswell Baber, président.

M. Fitz-Gerald Powell. — **Cas de séparation du cartilage supérieur du nez chez un homme de vingt-cinq ans** *(Case of separation of the upper lateral cartilage of the nose in a male acted 25).*

Le 1er mai 1901, le malade vint consulter l'auteur pour une forte obstruction du nez, accompagnée d'un écoulement et d'une déformation de cet organe. Il racontait que, le 15 juin 1900, il avait reçu un coup sur le nez suivi d'une hémorragie.

En novembre 1900, il eut une attaque d'influenza qui lui laissa une forte obstruction nasale, et, en décembre, il consulta un spécialiste qui, après examen, ne lui a pas trouvé grand'chose dans le nez.

En janvier 1901, apparut subitement une tuméfaction de la cloison qui, après ouverture, donna issue à du pus. Depuis cette époque, le nez a commencé à s'affaisser et s'élargir.

Lors de la première visite, l'auteur trouva le nez affaissé à l'union des cartilages et des os propres du nez. Ces derniers étaient épaissis et le nez élargi. La cloison était déviée à gauche et tuméfiée ; par un orifice sinusien s'échappait du pus. Le cartilage latéral supérieur était séparé des os du nez.

A l'heure actuelle, l'état du malade s'est beaucoup amélioré : le nez a une forme plus naturelle, n'est pas si épais ni large,

1. Voir n° 46, du 16 novembre 1901.

quoique la dépression persiste. Le sinus est fermé; il n'y a plus d'écoulement, mais de temps à autre il y a des épistaxis.

M. Powell a présenté son cas comme pendant à un cas similaire montré par M. Frederic Spicer à la dernière réunion. M. Spicer était d'avis que dans son cas l'affection reconnaissait pour cause une compression exercée par des polypes, mais l'opinion générale fut qu'elle devait être due à un abcès de la cloison, probablement d'origine traumatique. Dans son cas, à lui, le malade reçut un coup sur le nez le 15 juin, et sept mois après il s'est formé un abcès de la cloison, qui a été ouvert et drainé. C'est de cette époque que date le début de l'affaissement du nez par dislocation des cartilages. La suppuration sinusienne, qui existait encore il y a un mois, est à présent guérie; il y eut de la nécrose des cartilages, mais pas des os. La forme du nez paraît s'être améliorée.

M. Walter Spencer. — **Un cas d'ulcère chronique de la cloison, d'origine tuberculeuse (?)** *(A case of chronic ulcer of the septum tuberculous (?).*

Il s'agit d'une jeune fille de dix-huit ans qui travaillait dans une fabrique de draps au milieu de poussières de laine. L'ulcère était situé sur le côté gauche du septum et existait depuis un an pendant lequel il guérit à sa partie inférieure, mais s'agrandit vers le haut. A présent, l'ulcère mesure environ un demi-centimètre de diamètre et est recouvert de granulations qui saignent facilement. Le cartilage n'est pas mis à nu. La malade a une toux sèche et bruyante, mais à l'examen du thorax on ne trouve aucun signe d'affection laryngée et pulmonaire quelconque. Les crachats ne contiennent pas de bacilles. Le traitement appliqué consista simplement en douches alcalines et pommades.

M. Mc Kenzie Johnston dit que l'examen rhinoscopique ne montre rien qui doive faire penser à la tuberculose. Il croit qu'il s'agit d'un ulcère simple et conseille l'application de l'acide chromique et en même temps une pommade pour empêcher la dessication des sécrétions. Il ne doute pas qu'on obtienne la guérison à bref délai.

M. Parker est d'avis que l'ulcère est consécutif à une rhinite

sèche, car celui-ci est situé juste au point où s'est formée une excoriation par dépôt de poussières sur la cloison. Pour lui, on doit rejeter l'idée d'une affection tuberculeuse. Cette opinion est également partagée par M. Cressvell Baber.

M. SPENCER appliquerait de l'acide chromique et conseillerait au malade l'usage d'une douche.

M. A. HUDSON. — **Appareil pour massage vibratoire** *(An apparatus for vibratory massage).*

L'appareil de l'auteur permet d'appliquer le massage vibratoire à l'aide d'un électromoteur. Il peut être réglé à volonté de façon à pouvoir employer le massage de l'effleurement le plus léger jusqu'aux plus violentes vibrations. On peut obtenir plusieurs milliers de vibrations à la minute et le pouvoir de pénétration est par conséquent très grand.

L'auteur a obtenu à l'aide de cet appareil de très bons résultats dans des affections des yeux et de l'oreille, et le croit également utile dans celles du nez et de la gorge pour amener la résorption de gonflements inflammatoires et pour stimuler les muscles dans les cas de paralysie.

M. VINRACE demande si l'on peut utiliser une autre force motrice pour actionner l'appareil.

M. HUDSON répond qu'un courant continu est nécessaire.

M. FELIX SEMON. — **Trois cas de paralysie abductrice bilatérale dans le tabes dorsalis** *(Three cases of bilateral abductor paralysis in tabes dorsalis).*

(Les observations de ces cas ont été prises et obligeamment mises à la disposition de sir Felix Semon par le Dr Douglas Singer, médecin résidant de l'Hôpital national de paralytiques et d'épileptiques où ces malades sont hospitalisés.)

CAS I. — G. B..., ouvrier bimbelotier, cinquante et un ans. Syphilis, il y a vingt-cinq ans. Pas de symptômes secondaires.

La maladie actuelle a débuté il a trois ou quatre ans par des douleurs lancinantes et des fourmillements dans les jambes et les pieds et par une difficulté de la marche. Dès le début, le malade a eu des accès d'étouffement nocturnes, mais depuis trois mois ces accès surviennent également le jour, sous l'in-

fluence d'un effort. Diplopie passagère et sensation de constriction dans un étau. Pas d'incontinence d'urine.

État actuel, 26 avril 1901. — Pupilles. D. > G., type Argyll Robertson. Ptosis bilatéral partiel. Tous les réflexes profonds abolis. Réflexes superficiels vifs. Ataxie prononcée des jambes. Rombergisme très marqué. Analgésie prononcée du tronc et des bords internes des bras et des jambes.

Larynx, 3 mai. — Paralysie abductrice double presque complète. La corde gauche s'écarte un peu mieux que la droite, mais alors même le maximum de largeur de la glotte à l'inspiration ne dépasse pas un centimètre et demi à deux centimètres. La dyspnée objective et subjective est considérable.

4 mai. — Trachéotomie pratiquée par lé Dr Ballance.

31 mai. — La glotte est un peu plus large à l'inspiration qu'il y a un mois.

M. Semon désire attirer particulièrement l'attention sur ce fait que depuis l'opération de la trachéotomie les mouvements inspiratoires internes des cordes ont cessé. Ce fait a une importance capitale eu égard à la question de savoir si ces mouvements inspiratoires en dedans sont dus à une cause purement mécanique, c'est-à-dire à la raréfaction de l'air au-dessous de la sténose pendant l'inspiration, — opinion professée par les laryngologistes de l'ancienne école, y compris l'auteur, — ou s'il s'agit d'un mouvement actif intérieur des cordes, dû à ce fait que, pendant l'inspiration, les abducteurs et les adducteurs sont tous simultanément innervés, et que, les abducteurs ayant été paralysés, il y a prédominance de l'innervation des adducteurs. Cette opinion est défendue par Rosenbach, Burger et d'autres. Si cette théorie était la vraie, le mouvement inspiratoire eût dû persister même après la trachéotomie. La disparition du mouvement dans le présent cas plaiderait donc fortement en faveur de la théorie mécanique.

Cas II. — C. L..., garçon de café, âgé de trente-deux ans. Syphilis, il y a quatorze ans. Pas d'abus d'alcool ni de tabac.

La maladie actuelle a débuté, il y a trois ans, par une sensation douloureuse dans les jambes. Bientôt après, il fut pris de douleurs lancinantes. Il y a deux ans, il commença à ronfler beaucoup la nuit, chose qui ne lui était pas arrivée auparavant,

et, depuis, ce ronflement persiste. Il y a six mois, commencèrent des troubles de la marche qui allèrent en s'aggravant graduellement. Il y a cinq mois, il eut le premier accès d'étouffement nocturne, et une fois même il perdit connaissance au cours d'une de ces attaques. Pas de troubles vésicaux.

État actuel, 13 mai. — Pupilles rétrécies. D. > G., type Argyll-Robertson. Réflexes rotulien et achilléen abolis. Les réflexes orbitaire et du poignet diminués. Réflexes superficiels vifs. Ataxie prononcée des membres inférieurs avec Rombergisme extrême. Analgésie des jambes.

Larynx, 31 mai. — Le larynx montre une paralysie abductrice des deux cordes, avec parésie du thyro-aryténoïdien interne et des muscles inter-aryténoïdiens. Aux inspirations profondes la glotte forme en avant une petite ellipse; les apophyses vocales des cartilages aryténoïdes se touchent presque l'une l'autre; en arrière d'elles se voit une fente triangulaire relativement grande.

Cas III. — T. W..., forgeron, trente ans. Syphilis, il y a quatorze ans. Pas de symptômes secondaires. Le père du malade est mort de « manie religieuse ».

La maladie actuelle a débuté, il y a deux ans et demi, par des crises gastriques et rectales, qui se sont toujours renouvelées depuis à des intervalles variés. Il y a dix mois, il commença à souffrir de douleurs lancinantes et de difficultés de la marche. A peu près vers la même époque, il eut les premiers accès d'étouffements nocturnes, qui furent bientôt suivis d'une altération de la voix. Sensation de constriction avec douleurs en ceinture. Mictions précipitées.

État actuel, 1er mars 1901. — Pupilles : G. > D., type Argyll-Robertson. Ptosis double. Réflexes rotuliens abolis. Ataxie légère avec Rombergisme. Analgésie du bord cubital des avant-bras et de la partie inférieure du tronc.

Larynx, 8 mars. — Paralysie abductrice bilatérale et asymétrique très marquée, avec parésie légère des tenseurs internes. A la phonation, les cordes se rapprochent rapidement et il ne reste qu'une très petite fente elliptique à la partie médiane de la glotte. Aux inspirations profondes, les cordes ne s'écartent jamais plus que de 2 millimètres et demi dans la

plus large partie de la glotte. Leurs bords internes sont légèrement excavés, et dans la glotte cartilagineuse persiste une petite fente triangulaire. La voix a un caractère légèrement pleureur. Le malade prétend avoir perdu plusieurs notes dans les registres supérieurs.

M. LE PRÉSIDENT dit que ces cas très intéressants vont certainement être l'objet de remarques non moins intéressantes, mais que l'heure tardive ne permet pas d'entrer dans une plus ample discussion. Le cas où l'on avait pratiqué une trachéotomie mérite, selon lui, un intérêt particulier.

M. F. POWELL demande à Sir Felix Semon quand, d'après son avis, la trachéotomie est-elle indiquée dans de pareils cas.

M. WAGGETT demande ce que M. Semon pense de l'idée de faire, dans des cas tels que les siens, une trachéotomie précoce, la canule trachéale étant remplacée par un tampon solide. Ce procédé mettra le malade à l'abri du danger d'une dyspnée subite et fatale, et évitera les inconvénients d'une respiration permanente par la canule.

Sir FELIX SEMON dit que, vu l'heure avancée, il lui est impossible d'entrer dans une grande discussion et de répondre aux questions soulevées par plusieurs de ses collègues. En ce qui concerne la question de M. F. Powell, il dit qu'elle avait été récemment l'objet d'une discussion devant la Société au cours de laquelle il avait exposé les principes qui président à sa conduite quand il s'agit de pratiquer la trachéotomie dans un cas de paralysie abductrice bilatérale chez un tabétique. La question est, en effet, des plus difficiles; la décision à prendre dépend du degré de la sténose et de la gravité des accès dyspnéiques; on doit mettre le malade au courant de la situation, lui fournir toutes les explications nécessaires, et dans des cas douteux on doit laisser le malade maître de prendre une décision. La paralysie du muscle inter-aryténoïdien qui, en règle générale, suit la paralysie abductrice peu après la paralysie des tenseurs internes, est un véritable bienfait pour le malade, car l'orifice glottique plus grand qui résulte de cette paralysie diminue grandement le danger d'asphyxie. Quant au port permanent d'une canule, M. Semon pense que les dangers et les inconvénients qu'elle fait courir au malade sont bien plus théoriques que réels. Il a eu un malade trachéotomisé par lui il y a vingt et un ans pour une paralysie abductrice bilatérale, qui, tout en portant encore la canule, est à même de vaquer à ses affaires, et depuis l'opération n'a jamais souffert d'affection pulmonaire ou bronchique.

TRIVAS.

REVUE GÉNÉRALE ET ANALYSES

BOUCHE ET PHARYNX BUCCAL

Glossite exfoliatrice marginée (Société des Sciences médicales de Lyon, séance du 26 décembre 1900).

M. Bouveyron rapporte l'histoire d'un homme dont la glossite remonte à trois ans, et débuta en coïncidence parfaite avec une poussée congestive et fébrile très intense du côté des poumons.

A la période d'état, l'éruption se caractérisait surtout par des festons blanchâtres. Prédominante surtout au-devant du V lingual, elle respecta toujours la face inférieure de la langue ainsi que son arrière-base.

Depuis, à chaque poussée tuberculeuse nouvelle, et même à chaque malaise, pyrétique ou non, que peut éprouver le malade, la glossite subit une recrudescence proportionnelle.

On pourrait comparer cette langue à la langue saburrale, mais avec cette différence qu'elle desquamait au lieu de se couvrir de saburres à chaque maladie générale ou locale, poussée tuberculeuse ou abcès dentaire. (*Lyon méd.*, janvier 1901.)

Dr G. Dupond.

NEZ ET PHARYNX NASAL

Traitement chirurgical de l'acné hypertrophique du nez, par M. R. Romme (avec quatre figures en noir).

L'auteur nous montre par des photographies les résultats que donne son traitement chirurgical.

Ce traitement varie suivant que l'acné est plus ou moins hypertrophique.

Au début, lorsque l'acné n'est encore caractérisée que par un épaississement modéré des narines, il vaut mieux, laissant de côté la scarification linéaire, employer l'électro-cautérisation avec les grilles à quatre ou huit pointes portées au rouge sombre.

Si les tissus hypertrophiés sont volumineux, on peut les larder de pointes de feu aussi fines que possible avec la pointe unique du galvanocautère.

Un traitement encore préférable est celui de l'électrolyse employée d'après le procédé de Brocq.

Lorsque l'hypertrophie est considérable, il faut traiter les masses hypertrophiques suivant qu'elles sont pédiculées ou sessiles.

Dans le premier cas, lorsqu'il s'agit de masses pédiculées, on n'a que l'embarras du choix dans les moyens de diérèse : coup de ciseaux, bistouri, serre, écraseur, fer rouge, etc.

Dans le second, si les tumeurs sont sessiles, il faut pratiquer « la décortication du nez », c'est-à-dire mettre à nu la charpente ostéo-cartilagineuse du nez sur toute l'étendue du mal. La décortication au thermocautère est aujourd'hui presque abandonnée.

La dissection des masses hypertrophiées avec le bistouri est le seul moyen de procéder à une décortication régulière du squelette du nez.

Après l'intervention, on place un pansement compressif sur le nez, les narines ayant été préalablement bourrées à la gaze iodoformée. La cicatrisation est complète du vingtième au trentième jour.

Dans la grande majorité des cas, la décortication au bistouri, suivie d'une légère cautérisation pour éviter les hémorragies, offre la garantie d'un succès esthétique suffisant. (*Presse méd.*, 26 janvier 1901.)

Dr G. Dupond.

LARYNX ET TRACHÉE

Les corps étrangers et les rayons X, par M. le professeur Bergonié.

A propos de deux cas de corps étrangers du larynx chez des enfants en bas âge, l'auteur montre que la radiographie peut rendre des services inattendus, étant donnée la nature de l'un au moins de ces corps étrangers (il s'agissait d'un petit morceau de sucre caramélisé et carbonisé à sa surface).

L'opacité de ce corps étranger, que beaucoup de raisons devaient faire considérer comme transparent, l'a engagé à le comparer radiographiquement à d'autres objets souvent observés comme corps étrangers du larynx, et il a reproduit, pour le lecteur, l'épreuve obtenue.

D'après ce tableau comparatif, il est permis de conclure qu'avec une technique étudiée, on peut, par la radiographie, arriver à déceler dans le larynx des corps étrangers pouvant paraître *a priori* non décelables. (*Archiv. d'électricité méd.*, janvier 1901).

Dr G. Dupond.

OREILLES

La chirurgie de la surdité. Le procès du traitement chirurgical de l'otite scléreuse devant le Congrès d'otologie de 1900, par le Dr Georges Laurens.

Si dans un procès de ce genre il y avait un ministère public, il ne saurait faire un réquisitoire plus impartial à la fois et plus éloquent que celui qui est contenu dans le travail de M. Laurens. On sait de quoi il s'agit. Depuis longtemps, la sclérose otique faisait le désespoir des auristes et défiait leurs thérapeutiques les plus subtiles. Enfin, Malherbe vint, et, le premier en France, proposa d'évider l'apophyse trop dense. Le zèle apostolique qu'il mit au service de sa méthode entraîna quelques chirurgiens à sa suite. Par malheur, les résultats trompèrent l'attente de tous, sauf cependant celle du père de la méthode, qui continua à proclamer qu'il avait découvert le « traitement chirurgical de choix de l'otite moyenne chronique sèche ». D'où venaient donc les insuccès? Il fallait s'entendre. On porta la discussion devant la section otologique du Congrès de 1900. Les conclusions des deux rapports présentés par MM. Ricardo Botey et Siebenmann n'ont pas été précisément favorables à l'évidement. Les témoins à charge ont été nombreux, implacables, et M. Malherbe est resté seul avec sa méthode. Toutefois, une voix conciliante et autorisée s'est élevée qui a demandé, pour élucider la question, des faits plus précis. En attendant, souhaitons à M. Malherbe de ne pas devenir scléreux ; il ne trouverait peut-être aucun chirurgien pour l'opérer! (Extr. de *La Presse méd.*, avril 1901.)

Dr F. Ardenne.

Bordeaux. — Impr. G. Gounouilhou, rue Guirande, 11.

22e ANNÉE. N° 48. 30 NOVEMBRE 1901.

REVUE HEBDOMADAIRE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

UN CAS DE CHOLESTÉATOME SANS SUPPURATION[1]

Par le Dr C. BREYRE, de Liège.

(Travail de la Clinique de M. Schiffers à la Faculté de médecine de Liège.)

Généralités. — Le cholestéatome, tumeur perlée, — Perlengeschwulst de Virchow, — constitue une complication assez fréquente des suppurations auriculaires. On a confondu sous ce nom des productions diverses : résidus concrets d'exsudats purulents en partie résorbés, masses caséeuses, bouchons épidermiques simples. Le nom de cholestéatome s'applique-t-il à un produit pathologique *ne varietur?* De nombreuses opinions ayant été soutenues tant par des anatomo-pathologistes que par des auristes, il est probable que des processus différents peuvent aboutir à la formation du cholestéatome.

Les histologistes s'accordent à décrire le cholestéatome de la manière suivante : tumeur arrondie, volume variant d'un pois à un œuf de poule, constituée par le tassement et l'agglomération en couches concentriques de cellules plates cornées, stratifiées, à la façon des feuilles d'un oignon. Entre ces cellules plus ou moins dégénérées, on trouve des cristaux de cholestérine et des microbes variés. L'aspect

1. Travail original reçu le 11 septembre 1901.

nacré de ces productions serait dû à un phénomène d'interférence lumineuse à travers les couches superficielles de l'épiderme. Dex examens *post mortem* de cholestéatome siégeant dans l'apophyse mastoïde montrent la tumeur entourée du corps muqueux de Malpighi et d'une mince lame conjonctive directement en rapport avec l'os plus ou moins anfractueux.

Quoi qu'il en soit de la diversité des opinions émises sur la pathogénie de la tumeur cholestéatomateuse, les observations cliniques et anatomo-pathologiques permettent d'établir une division en deux catégories : 1° le cholestéatome essentiel ou primitif; 2° le cholestéatome secondaire, complication de l'otite.

I. *Cholestéatome primitif.* — Plusieurs relations très bien faites, dont une de M. le professeur Kuhn, de Strasbourg (1890, section otol. du X° Congrès internat.), prouvent à l'évidence que le cholestéatome peut se développer primitivement, c'est-à-dire en dehors de toute inflammation de l'oreille. S'agit-il, dans ces cas, de néoplasmes partis d'enclaves du feuillet externe dans la profondeur de l'os mastoïde, de proliférations du labyrinthe membraneux? La question reste jusqu'ici sans solution. Elle ne présente, d'ailleurs, qu'un médiocre intérêt au point de vue pratique, le cholestéatome primitif étant une rareté.

II. *Cholestéatome secondaire.* — C'est celui qui se rencontre au cours des otites purulentes chroniques. En parlant du caractère envahissant de cette formation pathologique, de son siège habituel, nous dirons quelques mots des différentes explications pathogéniques émises par les auteurs.

Tout d'abord, le cholestéatome se rencontre dans les otorrhées anciennes; son siège de prédilection est l'attique, puis vient l'antre, qu'il envahit secondairement. On a rencontré le cholestéatome dans l'antre, à l'exclusion de l'aditus et de l'attique, dans certains cas de fistules mastoïdiennes ouvertes dans le conduit. On ne le trouve jamais dans la caisse inférieure quand celle-ci est seule malade.

Trois opinions ont été soutenues sur la formation des masses cholestéatomateuses :.

La première, qui consiste à admettre la résorption de la partie liquide des exsudats inflammatoires, la stagnation prolongée du reliquat concret de ces exsudats et sa transformation en cholestéatome. Il est à peine besoin de dire que des formations de nature épidermique ne peuvent pas reconnaître la même origine que le pus et les exsudats caséeux.

Une deuxième théorie explique la présence de productions épidermiques dans une cavité tapissée par un épithélium, par métaplasie, c'est-à-dire transformation de cet épithélium en épiderme avec, comme conséquence, dégénérescence cornée des couches superficielles et desquamation.

La dernière opinion, la plus généralement admise, explique les faits d'une façon plus claire et plus plausible. L'épiderme des bords de la perforation de la membrane de Shrapnell ou du segment postéro-supérieur de la membrane tympanique proliférerait le long des parois de l'attique et se substituerait à l'épithélium de l'oreille moyenne détruit ou fortement endommagé par l'inflammation. Comment, d'ailleurs, pourrait-on expliquer la présence du cholestéatome dans l'antre mastoïdien en cas de fistule antrale ouverte dans le conduit lorsque la caisse du tympan est intacte, si ce n'est par la prolifération de l'épiderme des bords de la fistule?

Il reste néanmoins un point obscur : pourquoi l'épiderme a-t-il une tendance envahissante, pourquoi le cholestéatome, tumeur bénigne, a-t-il une évolution maligne? Qu'il prolifère dans des cavités nouvelles creusées par la carie, on se l'explique aisément; mais qu'il ronge lui-même la substance osseuse, voilà qui rapproche singulièrement ce processus du cancer épidermique.

L'observation suivante démontre que le cholestéatome peut se rencontrer dans certains cas de perforation de Shrapnell après cessation complète de la suppuration : la présence du cholestéatome n'implique, par conséquent, pas la carie avec

sécrétion purulente fétide, quoique les deux processus coexistent fréquemment.

OBSERVATION. — Marie S..., quarante-cinq ans, ménagère, se présente en mars 1901 à la policlinique.

Anamnèse. — Santé florissante jusqu'en décembre 1900. A la Noël, la malade consulte le médecin du village de X... pour une céphalalgie violente survenue tout à coup, avec surdité, vertiges et insomnie absolue. La malade nous raconte que la sensibilité de la tête était telle que le seul fait de poser le pied à terre produisait du côté des tempes, surtout à gauche, un retentissement extrêmement douloureux. La malade était condamnée, par le fait, à un repos forcé. Le médecin consulté administre pendant plusieurs jours des analgésiques de toute espèce. Cet état persiste, avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation, jusqu'en mars. La malade se décide à venir à la ville demander un soulagement de ses douleurs à un médecin spécialiste.

Examen. — Faciès souffrant, émaciation prononcée. Pas de fièvre.

Oreille droite. — Tympan fibreux, chaîne des osselets peu mobile. Perception de la voix chuchotée, 20 centimètres. Rinne négatif. En un mot, signes de catarrhe chronique.

Oreille gauche. — Ce qui frappe d'abord le regard, c'est la courte apophyse du marteau à moitié cachée, surplombée par une masse de couleur grisâtre, du volume d'un petit pois. Perception de la parole chuchotée : 0 au contact. Rinne négatif, pas de bruit de perforation. Le contact du stylet est perçu dans toute l'étendue du tympan.

La masse qui siège à l'endroit de la membrane de Shrapnell se laisse traverser par le stylet mousse; cette exploration est facilement supportée par la malade. L'instrument de Delstanche, pour enlever le marteau, nous permet de détacher quelques fragments de cette masse avec facilité. Enhardi par la docilité de la patiente, nous explorons plus avant et nous parvenons à extraire une quantité de lamelles épidermiques rappelant le cholestéatome. L'examen démontre alors une perforation sèche, intéressant toute l'étendue de la membrane flaccide. L'exploration de la cavité de l'attique est supportée très aisément par la malade, pas de surface osseuse dénudée, pas de granulation saignante, pas de point douloureux. Le froissement seul des bords de la perforation, le choc contre la courte apophyse sont un peu pénibles. L'irrigation par la canule de Hartmann ramène une nouvelle quantité de lamelles épidermiques nacrées.

Le doute n'est pas possible, il s'agit bien d'un cas de cholestéatome de l'attique.

Entre temps, la malade a éprouvé un grand soulagement, elle nous dit qu'elle « se sent dégagée », et le tic-tac de la montre est nettement entendu. Un pansement sec est fait avec de la gaze stérilisée.

La malade revient quatre jours après, la céphalalgie a presque complètement disparu. L'ouïe s'est améliorée.

Examen. — Vaste perforation sèche; pas de pus; exploration des plus faciles; parole chuchotée perçue à 1 mètre. Marie S..., interrogée le premier jour sur le point de savoir si jamais elle n'a eu d'affection de l'oreille, nous rapporte qu'elle a eu, il y a deux ans, dans l'oreille gauche (siège du cholestéatome), pendant vingt-quatre à trente-six heures, des douleurs violentes non suivies d'écoulement. Un topique calmant a été appliqué, et, depuis, la douleur n'a plus reparu jusqu'en décembre dernier.

Pour ce qui concerne la faculté auditive, elle ne nous donne que des renseignements vagues. Néanmoins, elle est très affirmative au sujet de l'écoulement de l'oreille. Jamais elle n'a vu la moindre trace de pus ou de liquide quelconque.

Des examens nombreux et minutieux ont été faits jusqu'ici, et nous n'avons jamais pu déceler ni dans l'attique ni sur les pièces de pansement la moindre trace de suppuration. La percussion de l'apophyse est indolore. La céphalalgie et les vertiges ont reparu quelquefois, mais ont cédé aussitôt à l'enlèvement de masses épidermiques par la canule de Hartmann. »

Que conclure de cette observation? Quelle est l'étendue des lésions?

Le pronostic doit être posé sérieux. La malade sera suivie de très près, et l'intervention chirurgicale décidée à l'apparition de symptômes menaçants. Toutefois, la temporisation s'impose, l'oreille gauche, la plus malade au point de vue anatomique, étant la meilleure au point de vue fonctionnel.

Pour ce qui concerne la pathogénie, l'hypothèse la plus acceptable nous paraît être celle-ci : la malade aura souffert d'une otite aiguë avec participation de la région de Shrapnell, la sécrétion peu abondante aura passé inaperçue. La guérison se sera produite avec une perforation de la membrane

flaccide comme reliquat. Alors, probablement, l'épiderme des bords de la perforation, moins malade que l'épithélium de la caisse, aura cheminé, proliféré et constitué le cholestéatome dont une partie venait faire hernie par la perforation. L'absence de pus et de granulomes ne nous paraît pas devoir être autrement interprétée.

UTILISATION EN OTO-RHINOLOGIE
DES PROPRIÉTÉS DÉCOLLANTES DE L'EAU OXYGÉNÉE[1]

Par le Dr J. **MOLINIÉ**, de Marseille.

L'eau oxygénée est, de nos jours, d'un emploi courant en oto-rhinologie. Elle constitue, ainsi que l'a signalé Georges Gellé[2], un hémostatique de premier ordre, et c'est à ce titre qu'elle est le plus réputée.

Ses propriétés antiseptiques la font encore utiliser dans le traitement des suppurations de l'oreille, et elle exerce, de plus, sur les tissus, une action détersive des plus remarquables.

La série d'applications heureuses de cet agent ne paraît pas définitivement close, l'expérience venant de lui découvrir une vertu nouvelle. L'eau oxygénée jouit, en effet, de la propriété de détacher les pansements des tissus auxquels ils adhèrent.

Le professeur Poucet, de Lyon[3], qui le premier en France a attiré l'attention sur les propriétés « libératrices » de l'eau oxygénée, signale l'utilité de son emploi dans le décollement des pansements, « quels qu'en soient le siège, la nature, les dimensions, l'épaisseur ». Cette formule montre que cet auteur a prévu l'application de l'eau oxygénée à toute la thérapeutique chirurgicale générale ou spéciale. Il n'y a donc

1. Travail reçu le 8 novembre 1901.

2. Georges GELLÉ, L'eau oxygénée en oto-rhinologie, son rôle hémostatique (*Archiv. de laryngol.*, t. IX, 1896, p. 458).

3. *Écho méd. de Lyon*, 15 juillet 1901.

plus lieu, en apparence, de revenir sur ce sujet. Mais, si l'on considère que ces propriétés décollantes ne trouvent pas nécessairement la limite de leur application dans l'ablation des pansements, on jugera sans doute qu'un retour à la question n'est pas superflu. On peut, en outre, par l'usage de l'eau oxygénée, modifier certaines pratiques usitées en ce moment dans notre spécialité, et c'est cet ensemble de circonstances où cet agent trouve utilement son emploi, que nous passerons en revue dans cette petite note.

Oreilles. — Tous les modes de pansement utilisés en otologie peuvent bénéficier des propriétés décollantes du peroxyde d'hydrogène. Les mèches introduites dans le conduit sont extraites avec la plus grande aisance dès qu'elles ont été imbibées d'eau oxygénée. Mais celle-ci devient particulièrement précieuse dans la grande chirurgie otologique. Tous les opérateurs connaissent les douleurs que provoque l'ablation des pansements dont on comble les cavités osseuses nouvellement créées. Particulièrement après l'attico-antrotomie, le renouvellement du pansement est très douloureux, à tel point que certains otologistes conseillent de recourir, dans ces cas, à l'anesthésie chloroformique. Cette conduite n'aura plus désormais sa raison d'être.

Sous l'influence d'un arrosage copieux à l'eau oxygénée, les mèches de gaze perdent l'adhérence qu'elles ont pu acquérir entre elles ou avec les parois des cavités qui les renferment. On peut les extraire avec la plus grande aisance, quel qu'ait été leur tassement préalable; il n'y a nécessité d'exercer sur elles de tractions qu'autant qu'elles sont accrochées à quelque saillie ou relief osseux.

A cet avantage de la suppression de la douleur se joint celui de l'absence d'hémorragie, circonstance qui permet un examen facile de la plaie.

En dehors du renouvellement des pansements, nous avons appliqué les propriétés libératrices de l'eau oxygénée d'abord

ıction des *bouchons de cérumen*. Le résultat est assez able pour être signalé.

faisons prendre au malade un bain d'oreille à l'eau oxy- l'une durée de cinq à dix minutes, suivi d'une irrigation ıède. Nous avons toujours pu, par ce moyen, débarras- ne seule séance le conduit des matières qui l'obstruent. que nous soyons suffisamment armés contre l'obstruc- rumineuse, ce petit moyen ne sera pas à dédaigner ıne circonstance impérieuse (douleur, voyage immé- c.) exigera le débouchage extemporané de l'oreille

De plus, il est à remarquer que les bouchons formés et de lamelles desquamées, sur lesquels les moyens ls ont le moins d'action, sont précisément ceux qui ent le plus de l'emploi de l'eau oxygénée.

pouvons encore dans l'oreille externe utiliser l'eau le pour enlever les lambeaux d'épithélium macéré que ıcontre dans l'*otite externe diffuse*. Ils sont détachés même moyen que le cérumen, avec la plus grande alors que les lavages sont sans action sur eux.

c'est dans l'otite pseudo-membraneuse que l'on appré- plus les avantages de l'eau oxygénée.

ausses membranes, par leur constitution fibrineuse, ıissent pas désagréger aisément par les instillations, adhérence aux parois est telle que les lavages sont ıants à les détacher.

ge de la pince est indispensable, et si ce mode d'ex- par arrachement est efficace, il n'en est pas moins eux, surtout lorsqu'on l'exerce au voisinage du . Il est donc très avantageux de pouvoir, par l'usage ı oxygénée, triompher de la résistance des fausses anes et mettre ainsi à nu, sans effort ni douleur, les lu conduit.

— En rhinologie, les propriétés décollantes de l'eau le trouvent un emploi tout indiqué dans l'ablation des

tampons. Ceux-ci sont énucléés presque spontanément par l'imbibition à l'eau oxygénée. Il suffit, pour obtenir ce résultat, de verser ce liquide dans une narine au moyen d'une pipette ou d'un compte-gouttes, après avoir renversé fortement en arrière la tête du malade. Ici cette pratique se recommande moins par la suppression de la douleur que par la possibilité de pratiquer le détamponnement sans rappel d'hémorragie.

Ce résultat nous paraît devoir donner une certaine faveur au tamponnement, auquel les rhinologistes n'ont actuellement recours qu'en désespoir de cause. Certains ont, en effet, l'habitude, après les opérations intra-nasales, de laisser l'hémorragie s'arrêter seule de peur de la voir se reproduire en enlevant le tampon qu'ils mettraient pour l'arrêter.

Ces craintes, désormais vaines, doivent faire recourir au tamponnement dès que l'indication s'en fait sentir.

Le détamponnement *à blanc* nous a paru pouvoir être utilisé dans le traitement des *synéchies* des fosses nasales.

On sait que dans le nez les adhérences se reproduisent infailliblement si on se borne à les sectionner, d'où la nécessité d'interposer un corps étranger entre les surfaces cruentées.

Pour notre compte, nous avons employé pendant plusieurs années les lamelles de celluloïd comme isolant.

Nous avons abandonné cette pratique pour celle du tamponnement, et cela grâce aux avantages de l'eau oxygénée.

Après section de la synéchie à la pince emporte-pièce, nous interposons une lanière stérilisée, imbibée d'eau oxygénée, dont les propriétés hémostatiques et antiseptiques permettent le séjour prolongé du tampon dans le nez. Trois jours après, nous enlevons aisément les lanières en les arrosant d'eau oxygénée ; cette ablation se fait très simplement, sans la moindre déchirure de la muqueuse ni hémorragie.

Le tampon est remis comme précédemment, et ainsi de suite, pendant le nombre de jours nécessaire. Ainsi, dans ce traitement des synéchies, l'eau oxygénée est utilisée comme

agent hémostatique, antifermentescible et décollant. Ces trois qualités se complètent heureusement.

Ce mode de traitement offre sur les autres de grands avantages, il permet d'obtenir le maximum d'écartement des surfaces à séparer, réprime l'exubérance de bourgeonnement et hâte la cicatrisation. On obtient, grâce à lui, la guérison rapide des synéchies avec un excellent résultat fonctionnel.

Avant de quitter les applications de l'eau oxygénée à la rhinologie, nous devons nous demander si le *coryza pseudo-membraneux* ne serait pas, comme l'otite pseudo-membraneuse, heureusement modifié par l'eau oxygénée. Nous ne pouvons répondre à cette question, l'expérience nous faisant défaut; mais tout permet de supposer que les fausses membranes du nez seraient aisément extraites par ce moyen.

Pour le moment, les applications de l'eau oxygénée en tant qu'agent libérateur nous paraissent se limiter aux points que nous avons indiqués. Dans tous ces cas, l'eau oxygénée peut rendre sinon de grands, du moins de nombreux petits services dont il serait regrettable de ne pas tirer parti.

CURIEUSE ANOMALIE DU ROCHER

DIVERTICULUM DE LA CAISSE DU TYMPAN[1]

Par le Dr **E. LAFARELLE,**
ancien interne des hôpitaux de Bordeaux.

Il s'agit d'un malade mort de méningite généralisée d'origine otique, pour laquelle on avait tenté, en désespoir de cause, une trépanation de l'apophyse mastoïde.

C'est deux jours seulement après l'autopsie au cours de laquelle le rocher fut enlevé que nous avons, en préparant l'os, découvert l'anomalie que nous allons décrire; ce qui explique pourquoi, à notre grand regret, nous ne possédons que le segment postérieur de la coupe.

Le trait de scie, légèrement oblique de haut en bas et

d'avant en arrière, passe imm
auditif externe, ouvre la caiss
dinalement le conduit auditi
immédiatement en arrière et
laire et du canal carotidien.

La caisse ayant été débar-
rassée des fongosités qu'elle
contenait, nous avons cons-
taté, non sans étonnement,
que sa paroi inférieure n'exis-
tait pas, et que sa cavité se
continuait directement avec
un *diverticulum*, également
fongueux, creusé de dehors
en dedans, et légèrement
d'avant en arrière et de haut
en bas, dans la substance os-
seuse, habituellement mince,
ici très épaisse, située au-
dessous du promontoire et
du conduit auditif interne.

La cavité de ce diverticu-
lum a des dimensions sensi-
blement égales à celles de la
cavité tympanique; les parois
en sont irrégulières, anfrac-
tueuses, creusées de petites
cavités secondaires. Les deux
cavités, tympanique et diver-
ticulaire, communiquent entre
situé entre le promontoire et
donne à la coupe l'aspect d'u
à soie. Dans la cavité diverti
petits conduits osseux de 4
le premier, inféro-interne, n

l'aqueduc du limaçon et s'ouvre d'autre part dans la fosse cérébelleuse, au niveau du bord postérieur du rocher; le second, que nous n'avons pu déterminer et qui constitue lui aussi une anomalie, part de la partie inféro-externe du diverticulum et vient s'ouvrir à la base du crâne, à 2 millimètres en dedans du trou stylo-mastoïdien.

L'anomalie que nous venons de décrire doit être exceptionnelle; nous ne l'avons trouvée signalée par aucun anatomiste, et M. le professeur Cannieu, qui a pratiqué récemment une centaine de coupes de rocher, ne l'a jamais rencontrée. Il s'agit, sans doute, d'une malformation congénitale liée à un vice de développement de la caisse.

C'est surtout comme rareté anatomique que nous avons cru devoir présenter cette pièce. Cependant une déduction pathologique s'impose, à savoir : la longue durée et la gravité que doivent présenter, *a priori,* les suppurations de l'oreille moyenne chez les sujets présentant une semblable malformation; on conçoit, en effet, que le pus s'accumulera et que les microbes pulluleront à plaisir dans le cul-de-sac déclive que forme le diverticulum; l'eau des injections, si elle y pénètre, en ressortira mal, et le médecin auriste, en admettant qu'il ait découvert l'existence de cette anomalie, ce qui paraît difficile, ne pourra pratiquer un nettoyage convenable de la cavité par des attouchements directs avec les diverses substances médicamenteuses.

Ce diverticulum, se comportant comme l'antre mastoïdien infecté, constitue donc un foyer permanent de suppuration qu'une intervention chirurgicale pourra seule supprimer. Mais il est à peine besoin de dire combien le curettage de ce diverticulum, de siège incertain, compliquera l'opération de la cure radicale.

BIBLIOGRAPHIE

Thérapeutique des maladies de l'oreille, par les Drs Lermoyez et Boulay.

Sous ce titre, vient de paraître, en deux volumes, un petit livre fort bien présenté, très agréable à lire, où les auteurs passent en revue la plupart des affections auriculaires en insistant particulièrement sur le traitement à appliquer à chacune d'elles.

La moitié du premier volume est consacrée à la technique et thérapeutique générale de l'oreille. On y trouve des conseils excellents sur l'exploration de l'organe, l'emploi du spéculum pneumatique, l'insufflation de l'oreille, le nettoyage du conduit et de la caisse, le massage, l'électrisation, les divers instruments destinés à améliorer l'audition.

L'autre moitié traite des affections propres au conduit et aux inflammations de l'oreille moyenne et de l'apophyse mastoïde.

Le chapitre des otites moyennes aiguës est particulièrement intéressant à lire ainsi que celui des corps étrangers du conduit. On reconnait là le style humoristique de M. Lermoyez, ce qui ajoute un attrait de plus à l'exposé des vérités que les auristes s'efforcent de faire comprendre au grand public médical.

Certes, nous ne partageons pas toujours la manière de voir et surtout la manière de faire des auteurs dans leurs interventions sur l'apophyse mastoïde : nous nous garderions bien, comme ils le conseillent, de donner des douches de Politzer répétées dans les otites aiguës suppurées ; nous croyons inutile, comme ils croient devoir le faire, dans les cas de mastoïdites compliquées d'abcès du cou, d'établir une large gouttière qui se continue sans ligne de démarcation entre les portions mastoïdienne en haut, cervicale en bas, et de laisser le tout à ciel ouvert ; contrairement à leur opinion, nous avons la plus grande foi dans l'innocuité du chlorure de zinc au dixième et son utilité comme antiseptique ; à l'inverse de leur mode opératoire, nous croyons tout à fait inutile de laisser à ciel ouvert, sans suture aucune, la grande cavité mastoïdienne une fois désinfectée et

curettée avec soin; nous nous contentons d'établir un bon drainage; et, ce faisant, nous voyons la plupart de nos malades guérir en un mois ou cinq semaines de leur mastoïdite, et l'écoulement par le conduit se tarir quelquefois dès le jour de l'opération.

Ce sont là questions de détails, de technique propre à chaque spécialiste. Mais à côté de ces divergences, que de fois nous nous trouvons d'accord! Que de fois nous voudrions avoir écrit ce que nous lisons!

Combien sont vraies ces quelques lignes dont nous nous sommes, pour notre part, appliqué à démontrer l'exactitude dans un travail sur les *Lésions de la table interne dans les otites suppurées,* et que nous ne résistons pas au plaisir de reproduire textuellement :

« Il est une vérité que toujours nous devons avoir présente à l'esprit; c'est que, dans toute mastoïdite aiguë, pendant que nous surveillons la corticale externe, il se produit à notre insu, vers la corticale interne, des lésions plus rapides, plus constantes et bien autrement graves. Nous observons la paroi externe de la mastoïde, mais nous ignorons ce qui se trame dans la profondeur : elle est le mur derrière lequel il se passe quelque chose et qui, malheureusement, n'en témoigne rien. »

Avec le second volume, nous abordons le traitement de l'otorrhée chronique; là encore existent entre nous et les auteurs quelques divergences de vue que l'avenir aplanira sans aucun doute.

La cure radicale de l'otorrhée, pour laquelle MM. Lermoyez et Boulay nous semblent manquer un peu d'enthousiasme, est une opération encore neuve dont la technique varie parfois avec chaque auteur.

A l'exemple de notre maître, M. Moure, et plus tard de M. Mignon, les auteurs conseillent de commencer l'intervention par l'élargissement du conduit dans sa partie postéro-supérieure. Par contre, ils laissent souvent grande ouverte la plaie auriculaire et attendent la cutanisation de l'antre pour faire une autoplastie destinée à amener la disparition de la difformité, j'allais dire de l'infirmité, créée par leur opération.

Confiant dans les résultats que nous obtenons à Bordea
la suture immédiate de la plaie auriculaire *dans tous*
de cure radicale, même chez les petits enfants, nous
rions trop recommander l'emploi de cette méthode, cor
ment à MM. Lermoyez et Boulay.

Nous ne croyons pas non plus qu'il soit prudent de p
l'abstention, comme le font les auteurs, chez les mala
dessus de trente ans, porteurs d'une otorrhée même m
qui résiste au traitement conservateur.

Ils insistent avec raison sur l'importance des pans
consécutifs à l'opération. Comme MM. Lermoyez et B
nous pensons qu'en eux réside la clé du succès, plus ou
rapide, plus ou moins définitif.

Les auteurs passent ensuite en revue les autres aff
chroniques de l'oreille moyenne, qu'ils divisent en otite
niques exsudatives, otites chroniques sèches et otites c
ques adhésives, et la thérapeutique chirurgicale qui leur
devoir être appliquée à chaque cas particulier : c'est ains
donnent la technique de la perforation du tympan, de
tion du tympan et des gros osselets, de la section du pl
rieur, de la synéchotomie, de la ténotomie du tens
tympan, de la mobilisation et l'extraction de l'étrier ave
indications et leurs contre-indications.

MM. Lermoyez et Boulay décrivent ensuite les affecti
l'oreille interne et le traitement qui leur est applical
recommandent l'emploi des injections sous-cutanées de
hydrate de pilocarpine dans la maladie de Ménière, mais
encore à l'efficacité de la quinine contre le vertige auric

A signaler, en terminant, deux excellents chapitres, l'
la surdi-mutité, l'autre sur l'hygiène de l'oreille, le
surtout, où la verve de M. Lermoyez s'est donné libre c
qui couronne très agréablement un ouvrage dont chaque
cien devrait tenir à honneur de posséder un exemplair
sa bibliothèque. (Paris, Octave Doin, éditeur, 1901.)

Dr Brint

Atlas der Krankheiten der Nase, ihrer Nebenhöhlen und des Nasenrachenraumes, von privatdocent Dr P. H. Gerber [1], in Königsberg i. Pr.

Nous venons de recevoir les cinquième, sixième et septième livraisons de l'*Atlas des maladies du nez*, du privatdocent Gerber, de Kœnigsberg.

Nous avons déjà eu l'occasion de parler, dans la *Revue*, de ce travail intéressant représentant, soit en chromolithographie, soit en figures en noir, les différentes affections des fosses nasales, des cavités accessoires et du naso-pharynx.

Le cinquième fascicule est consacré aux inflammations des sinus maxillaires et frontaux. Une série de planches montrent très exactement les différents aspects sous lesquels se présentent les malades porteurs d'altérations siégeant dans les cavités frontales, avec les opérations que l'on peut pratiquer sur cette région. A noter, les figures concernant les tumeurs de ces différentes cavités, qui sont d'un réalisme vraiment intéressant.

Le sixième fascicule est consacré à la tuberculose et à la syphilis des fosses nasales; les différentes altérations de la peau, des cavités nasales et naso-pharyngiennes sont reproduites très fidèlement en couleur; il en est de même des ulcérations et des cicatrices que laissent après elles ces deux sortes d'infections générales.

La septième livraison, qui forme la suite de la précédente, représente les différentes déformations que l'on est susceptible de rencontrer sur la face ou le dos du nez des malades ayant été atteints de syphilis grave des os ou des téguments externes de cette région. La lèpre, enfin, termine cette septième série.

L'auteur nous apprend que le huitième fascicule sera le dernier et paraîtra dans quelques semaines.

Cet ouvrage, ainsi que nous avons déjà eu l'occasion de le dire, donne une idée très exacte des différentes altérations qu'il est destiné à représenter aux yeux de ses lecteurs.

1. Berlin, 1901, Verlag von S. Karger, Karlstrasse 15.

ANALYSES DE THÈSES

Des ostéomes des fosses nasales et des sinus voisins, par le Dr E. DUBAR.

Le point de départ du travail de M. Dubar a été l'observation d'une malade de vingt ans opérée par M. Laurens, dans le service de M. Lermoyez, à l'hôpital Saint-Antoine. Il s'agissait d'un ostéome éburné de la fosse nasale gauche ayant amené une obstruction complète de cette fosse nasale, de l'épiphora par compression du canal lacrymal et une déformation encore minime de la face. Afin de pouvoir extraire la tumeur, M. Laurens fut obligé de réséquer les os propres, l'apophyse montante du maxillaire inférieur et toute la paroi antérieure du sinus maxillaire. L'os propre, du côté envahi, était à peu près perforé par usure. La tumeur s'enleva d'un seul bloc. Dans les suites opératoires, on nota un érysipèle de la face, qui survint une quinzaine de jours après l'intervention, et une suppuration abondante de la fosse nasale dont il ne restait plus trace un mois après extirpation de la tumeur; il s'écoula un mucus filant du sinus frontal.

A propos de cette observation, très intéressante d'ailleurs, M. Dubar fait une étude consciencieuse et détaillée des divers ostéomes des fosses nasales et de leurs annexes pneumatiques. Il ne consacre pas moins de 222 pages à ce labeur de mise au point, ainsi qu'il le reconnait lui-même, sans prétention aucune, dans son introduction.

Il en a découvert 80 cas dans la science et en relate 37 *in extenso*.

Voici les principales conclusions à retirer de son travail :

L'influence du traumatisme est incontestable sur le développement des ostéomes des fosses nasales (5 fois sur 33 observations).

Ces tumeurs peuvent apparaître dans l'âge mur; elles sont adhérentes au squelette (tumeurs ayant apparu dans le jeune âge ou l'adolescence) ou non adhérentes (tumeurs de l'âge mûr). Ces dernières sont généralement éburnées; les premières sont kystiques, ostéogéniques, éburnées, celluleuses ou spongieuses.

La variété ostéogénique a de la tendance à pousser des prolongements craniens et, plus que toute autre, à devenir la cause d'un abcès cérébral ou d'une méningo-encéphalite.

La transillumination des sinus donnera de précieux renseignements sur l'existence des tumeurs intra-sinusales.

L'ablation devra se faire après mise à nu de la cavité où est enfermé l'ostéome, de façon à désenclaver la tumeur, à pénétrer entre elle et le squelette.

L'ostéome celluleux pourra être extrait par morcellement.

Pour éviter le développement d'une autre tumeur qui pourrait faire croire à une tumeur maligne, l'ablation devra être suivie de la rugination du pédicule et du curettage de la cavité primitivement occupée et de ses dépendances.

Un simple désideratum : il est regrettable que l'auteur n'ait fait que signaler en passant combien pourrait être utile la diaphanoscopie dans les cas d'ostéomes intra-sinusiens, et qu'il ne donne pas le résultat de cet examen chez la malade qu'il a vu opérer. (Thèse de doctorat, Paris, Carré et Naud, éditeurs, 1900.)

Dr Brindel.

Contribution à l'étude des angiomes fissuraux (angiomes des bourgeons maxillaires), par le Dr Lamy.

La plupart du temps, on est réduit aux hypothèses pour expliquer la pathogénie des malformations congénitales du système vasculaire. Sans vouloir en ajouter d'autres, l'auteur se contente d'apporter quelques faits d'observation remarquables à certains égards, et en harmonie avec les théories émises pour expliquer le mécanisme, le mode d'action de causes qui nous échappent.

Après quelques lignes consacrées aux angiomes en général, à leur congénitalité, à leur analogie avec les diverses variétés de nævus, à leurs lieux d'élection, vient l'étude des angiomes que Virchow a justement nommés fissuraux.

A ce sujet, M. Lamy juge nécessaire de rappeler quelques notions d'embryologie sur l'apparition et l'évolution des arcs branchiaux et sur le développement de la face et du cou, afin que le lecteur saisisse ensuite avec plus de facilité la ressemblance parfaite que présentent la topographie de cette région

embryonnaire et la topographie des angiomes que l'on y rencontre. Il étudie donc cliniquement et topographiquement les angiomes de la région maxillaire et essaie de montrer les angiomes observés et les rapports qu'ils affectent avec les régions profondes.

Il cherche ensuite dans les diverses malformations congénitales de la face des exemples de la différenciation pathologique des divers bourgeons qui la constituent et essaie d'appliquer ces données à la pathogénie, en rappelant les causes toujours obscures de la production des angiomes.

Il résume son travail dans les conclusions suivantes :

« I. Les angiomes sont des productions vasculaires congénitales dues à des modifications survenues au cours du développement embryonnaire.

» II. C'est sur les régions de la face et du cou, formées au point où apparaissent les fentes branchiales, qu'on les rencontre avec la plus grande fréquence; aussi Virchow les avait bien nommés : angiomes fissuraux.

» III. Les angiomes étendus de la face paraissent systématisés, et dans leurs limites marquent la différenciation des bourgeons aux dépens desquels ils se forment. On rencontre, en effet :

» 1° Des angiomes du bourgeon frontal;

» 2° Des angiomes du bourgeon maxillaire supérieur;

» 3° Des angiomes du bourgeon maxillaire inférieur et du deuxième arc branchial.

» IV. Cette différenciation des bourgeons est encore confirmée par l'analogie que présentent les malformations vasculaires (angiomes) avec d'autres malformations congénitales (fente inter-maxillaire, atrophie du maxillaire inférieur, lymphangiomes congénitaux).

» V. Pour expliquer la production des angiomes, il faut faire intervenir une cause efficiente (maladie de l'œuf) favorisée par des circonstances histologiques (territoire vasculaire), sur un terrain anatomique (systématisation fréquente de la lésion), à une époque généralement peu avancée de la vie embryonnaire. (Thèse de Paris, 1900.)

Dr G. Dupond.

REVUE GÉNÉRALE ET ANALYSES

BOUCHE ET PHARYNX BUCCAL

Un cas de chancre syphilitique de l'amygdale *(Case of primary syphilitic lesion of the faucial tonsil)*, par le Dr G. C. Stont.

Il s'agit d'une jeune fille de bonne famille, sur le compte de laquelle on ne pouvait avoir le moindre soupçon d'une infection génitale. Elle attribuait le début de ses accidents à un bain de mer à la suite duquel elle fut prise de maux de tête et de douleurs musculaires. Cet état dura pendant trois semaines environ, puis la malade commença à souffrir de la gorge, ce qui a fini par occasionner une dysphagie considérable. La malade paraît souffrir beaucoup, elle est pâle et a maigri, dort peu, ne mange presque pas. Les deux amygdales sont hypertrophiées; la droite, déchiquetée, est le siège d'une ulcération qui s'étend d'un pilier à l'autre; cette ulcération ne dépasse pas le niveau du reste de l'amygdale et est recouverte d'une membrane épaisse, grisâtre. L'amygdale gauche présente des cryptes remplies de détritus jaunâtres; les deux amygdales, ainsi que les régions voisines, sont très sensibles à la pression. Pendant les trois jours ayant suivi la première visite, la température du soir était de 100°2 à 102° F.; celle du matin, de 99°2 à 100° F. On se contenta de nettoyer la gorge et d'appliquer sur l'ulcération une solution de nitrate d'argent à 15 o/o. Il n'en résulta aucune amélioration. Au cours de la deuxième visite, l'attention fut réveillée par une éruption qui existait sur le front, la poitrine et les jambes et qui inspira les premiers soupçons quant à la nature spécifique de l'affection de la gorge. Ce qui donnait à ces soupçons une probabilité plus grande, c'était l'engorgement des ganglions cervicaux droits, qu'on put constater en même temps.

On prescrivit une solution d'iodure de potassium, à la dose de 4 grammes par jour, et on touchait la gorge avec une solution de sublimé à 1 o/oo. Plus tard, lorsque la nature spécifique de l'affection fut confirmée, on pratiqua une injection sous-cutanée de 50 centigrammes de sublimé, qui fut répétée cinq

jours plus tard. L'amélioration ne tarda pas à se manifester. Pour s'assurer de la justesse du diagnostic, l'auteur fit suspendre pendant quinze jours tout traitement. Ayant examiné la malade au bout de ce temps, il put constater la réapparition des éruptions cutanées et l'existence de plaques muqueuses sur les amygdales. L'aspect général de la gorge était cependant tout différent de celui qu'on avait trouvé lors de la première visite. On recommença les injections sous-cutanées de sublimé et on prescrivit de nouveau l'iodure à la dose de 30 grammes par jour.

Au bout d'une semaine, tout rentra de nouveau dans l'ordre, ce qui fut une confirmation de plus de la nature syphilitique des lésions auxquelles on avait à faire. La malade n'ayant pu être interrogée sous ce rapport, on resta dans l'incertitude quant à l'origine de l'infection syphilitique. Il est probable qu'elle fut consécutive à un baiser donné ou reçu, l'hypertrophie et l'état déchiqueté des amygdales n'ayant pu que favoriser l'entrée et l'action du virus syphilitique. (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, 12 octobre 1901.) Dr JANKELEVITCH.

Un cas de calcul de l'amygdale gauche *(Calcolo della tonsilla palatina sinistra)*, par le Dr E. GUARNACCIA.

Le malade, âgé de vingt-quatre ans, grand fumeur, souffrait depuis quelques mois de troubles de la gorge pour lesquels il avait déjà consulté plusieurs fois, sans obtenir le moindre soulagement. Il inspecte lui-même constamment sa gorge, et quelques jours auparavant, en introduisant l'index gauche au fond de la bouche, il eut la sensation d'un corps dur. A l'inspection, on trouve l'amygdale gauche légèrement hypertrophiée et présentant, vers son tiers inférieur, une tuméfaction des dimensions d'une petite noisette; au toucher digital, on constate à ce niveau la présence d'un corps assez dur qui se déplace facilement sur les tissus sous-jacents. On attire en avant, à l'aide d'un crochet mousse, le pilier antérieur; le diamètre antéro-postérieur de la loge amygdalienne se trouve ainsi agrandi, la tuméfaction devient plus accessible à la vue et on aperçoit, vers son centre, une lacune ouverte à contenu blanc jaunâtre. En introduisant une sonde dans cette lacune, on

rencontre un corps dur et rugueux. On agrandit l'orifice en bas et en haut et on aperçoit au fond un corpuscule du volume d'un grain d'olive qu'on enlève à l'aide de la pince courbe de Heymann.

Les troubles cessent comme par enchantement, le malade commence à pouvoir avaler sans difficulté, ce qui ne lui était pas arrivé depuis longtemps. On ordonne des gargarismes antiseptiques, et au bout de deux jours la guérison est complète.

Le calcul est d'une forme irrégulière, plan convexe et est un peu lobulé sur sa face convexe. Son plus grand diamètre longitudinal mesure 11 millimètres; le diamètre transversal, 8 millimètres et demi; sa longueur en diagonale est de 12 millimètres et demi. A la coupe, on le trouve composé de couches concentriques dont la coloration varie du blanc opaque au blanc jaunâtre. Il est composé de carbonates et de phosphates de chaux, de traces d'oxalates et de matières organiques. — (Tir. à part de *Rassegna internat. della med. moderna*, nº 17, 1901.)

Dr JANKELEVITCH.

NEZ ET PHARYNX NASAL

De la rhino-pharyngite et de ses complications chez les enfants, par le Dr E.-C. AVIRAGNET, médecin des hôpitaux.

La rhino-pharyngite aiguë se montre dans le cours des maladies infectieuses; elle guérit complètement ou passe à l'état chronique. La rhino-pharyngite chronique, avec ou sans amygdalite, est surtout intéressante. L'enfant qui en est atteint respire mal, surtout s'il a des végétations adénoïdes volumineuses; il tousse presque constamment.

Sous l'influence des variations de température surviennent des poussées aiguës, envahissant principalement la région adénoïdienne, d'où ce nom d'adénoïdite donné à ces poussées aiguës. C'est alors que se montrent les complications telles que : otites et sinusites, abcès rétro-pharyngiens, adénopathies cervicales, trachéo-bronchites et broncho-pneumonies.

A propos des complications respiratoires, l'auteur insiste tout particulièrement sur les relations étroites qui existent entre les accès de faux croup et la rhino-pharyngite chronique.

A côté des complications habituelles et bien connues, il

en existe d'autres, fréquentes également, mais totalement inconnues. Il s'agit des troubles digestifs, des modifications de l'état général et des accès de fièvre pouvant simuler l'impaludisme, que l'on rencontre au cours de l'inflammation chronique du rhino-pharynx et des amygdales. La cause étant connue, il suffira souvent d'un simple traitement médical pour faire diminuer tous ces troubles ou d'une intervention chirurgicale pour les faire disparaître complètement. (*Bull. méd.*, janvier 1901.)

Dr G. Dupond.

A propos d'un corps étranger du nez *(Ueber einen Fremdkörper in der Nase)*, par le Dr Gross.

Le malade, âgé de neuf ans, s'était introduit, quatre ans auparavant, un bouton de soulier dans la fosse nasale gauche; il n'en éprouva aucune douleur, mais une gêne considérable en était résultée, de sorte qu'on le fit voir à un médecin. Celui-ci n'a rien trouvé. Pendant les premiers temps, la présence du corps étranger ne s'était manifestée par aucun symptôme, le garçon se plaignait seulement d'une sensation de compression qu'il éprouvait, surtout en se mouchant. Mais peu à peu la paroi externe de la fosse nasale gauche est devenue tuméfiée, le nez commença à couler, et au bout d'un an la sécrétion était tellement abondante que le petit malade se mouchait constamment, son nez commençait à sentir mauvais et il se forma sur la lèvre supérieure un eczéma traversé de rhagades profondes.

En l'examinant, l'auteur trouve, en outre d'une dermatite très prononcée de la lèvre supérieure autour de l'orifice nasal gauche, une déviation des os du nez à droite et une tuméfaction de la moitié gauche du nez qui, cependant, n'est pas sensible à la pression. La sécrétion nasale est très fétide, jaune verdâtre, épaisse et provenait, comme on put s'en assurer bientôt, d'un orifice qui ne laissait passer qu'une sonde très mince. Impossible d'introduire un spéculum dans la fosse nasale gauche, même après cocaïnisation. On se borne pendant plusieurs jours à cocaïniser la fosse nasale et à introduire un tampon antiseptique dont l'extraction était accompagnée chaque fois d'une odeur insupportable. Après onze

jours de ce traitement, la sécrétion avait considérablement diminué et il fut, enfin, possible d'introduire un spéculum. Le sondage de la fosse nasale qui, malgré la cocaïnisation préalable, était très douloureux, donnait la sensation d'os dénudé au niveau de la cloison et du plancher de la fosse nasale, tandis qu'au niveau de la voûte et de la paroi externe on tombait sur de la muqueuse saine. Le diagnostic d'un corps étranger incrusté dans la cloison, dans le plancher et dans une portion du cornet inférieur s'imposait. L'extraction fut exécutée sous le chloroforme, à l'aide d'une curette analogue aux curettes utérines. On fit suivre l'extraction d'un curettage radical de la fosse nasale, ce qui amena encore quelques morceaux de rhinolithe. L'hémorragie fut facilement arrêtée à l'aide de tampons à l'eau oxygénée. Le rhinolithe avait le volume d'une noix, exhalait une odeur fétide et ressemblait par sa forme irrégulière, à bords tranchants, plutôt à un morceau de charbon qu'à un bouton de soulier. Après l'opération, la mère avoua qu'ayant voulu autrefois extraire elle-même le corps étranger, elle ne réussit qu'à le casser et n'en enleva qu'une partie munie de la petite anse métallique. Le traitement ultérieur consista à nettoyer et à toucher la fosse nasale avec une pommade au baume du Pérou et au bismuth. La guérison était complète au bout de quatorze jours. (*Münch. med. Wochens.*, n° 40, 1901.)

Dr JANKELEVITCH.

LARYNX ET TRACHÉE

Tuberculose du larynx et grossesse (Extrait d'une communication faite au LXXIIIe Congrès des naturalistes allemands, à Hambourg)[1], par le Dr ARTHUR KUTTNER, de Berlin.

L'auteur pense que l'influence de la grossesse sur la tuberculose du larynx n'a pas été suffisamment mise en lumière jusqu'à ce jour. Cependant, il serait nécessaire d'établir, à l'aide de relevés statistiques, les symptômes qui peuvent résulter de la coïncidence de la gestation et de la tuberculose vocale.

M. Kuttner a eu l'occasion de réunir 15 cas bien détaillés

1. Le travail original sera publié dans les *Archiv für Laryngol. und Rhinol.*, vol. XII, de B. Frenkel.

de cette maladie et 10 à 12 autres sur lesquels il n'a pu avoir de détails bien précis. De ces 15 observations, 7 étaient déjà publiées, les autres sont tirées de sa pratique propre, ou lui ont été communiquées par quelques-uns de ses collègues, en particulier MM. B. Frenkel, Gusserow, J. Lazarus et Baumgarten. L'hérédité n'a pu être constatée dans tous les cas ; trois des malades étaient atteintes d'une affection pulmonaire ayant précédé leur grossesse. Dans tous les cas, il s'agissait d'infection primitive. Chez douze autres malades, on ne constatait l'existence d'aucune altération des poumons, mais dans l'un de ces cas la lésion du larynx existait avant la conception ; deux autres fois, elle apparut au sixième mois, et, dans douze autres, pendant la première moitié de la gestation.

La mère primipare est aussi exposée à l'affection que la multipare. Deux femmes, dont l'une avait eu autrefois une lésion légère des poumons, l'autre de la tuberculose laryngée, restèrent guéries pendant trois ou quatre années, mais elles redevinrent malades dès le commencement de la grossesse et moururent peu de temps après leur accouchement. Selon toute apparence, aucun des enfants n'arriva à terme. Quatre naquirent au neuvième mois ; huit au huitième, trois au septième ; tous ces enfants naquirent vivants. On ne sait ce que sont devenus quatre d'entre eux ; trois autres vivent encore, l'un est âgé de sept ans, mais il est atteint d'une coqueluche dangereuse ; le deuxième est âgé de douze ans et le troisième de quinze ans.

Huit enfants sont morts ou immédiatement après leur naissance ou trois semaines après, soit 72 à 73 o/o.

Quinze femmes, dont l'auteur ne possède pas l'observation détaillée, sont mortes ou immédiatement après leur délivrance ou deux mois après, bien qu'elles aient eu des couches et des suites normales. Peut-être l'une ou l'autre de ces femmes est-elle vivante, mais la statistique de ce résultat favorable n'est pas bien établie. Elle pourrait être simplement la conséquence d'une observation qui n'est pas complète. Cependant, pendant un temps assez long, il faut autant que possible, dans la pratique, tâcher de savoir quel est le nombre des tuberculeuses ayant résisté à la grossesse et à l'accouchement alors qu'elles étaient porteurs d'une tuberculose laryngée.

Le traitement local classique, appliqué par les voies naturelles, n'a donné aucun résultat, car la guérison spontanée est impossible tant que la grossesse n'est pas terminée.

L'auteur arrive, dans son travail, aux conclusions suivantes :

Les femmes enceintes, atteintes de tuberculose laryngée, dont l'état est désespéré, ne doivent être traitées localement que par les méthodes classiques. Elles seront trachéotomisées si leur existence est compromise par la dyspnée. Si l'état général est favorable, on doit temporiser tant que l'affection du larynx est insignifiante, c'est-à-dire se compose de petites érosions ou ulcérations circonscrites. Dès qu'apparaissent les infiltrations ou que la lésion se diffuse, on doit renseigner la malade sur la gravité de son état et, son consentement obtenu, pratiquer immédiatement la trachéotomie. Si l'opération n'a aucun effet favorable après quelques jours, il faut provoquer l'avortement. La grossesse arrêtée aussitôt que possible permet toutefois de sauver la mère, car les efforts de l'accouchement sont souvent moindres quand le fœtus est petit. L'avortement provoqué produit généralement une perte de sang minime. A dater du septième mois de la grossesse, les chances pour conserver la vie de la mère diminuent, parce que les fatigues de l'accouchement s'accompagnent d'un épuisement complet.

Dans les cas d'une affection laryngée avancée, il faut pratiquer la trachéotomie ou être prêt à pratiquer l'opération pour prévenir les dangers de l'axphyxie subite.

Pour donner une plus grande précision à la question soulevée par l'auteur, ce dernier prie ses collègues qui disposent d'observations sur ce sujet de vouloir bien les lui adresser ou les publier personnellement.

De l'utilité du tube laryngien dans la pratique (Académie de médecine, séance du 29 janvier).

M. PINARD estime que dans la plupart des cas de mort apparente du nouveau-né, les tractions rythmées de la langue ne sont pas suffisantes.

En effet, les voies respiratoires étant obstruées par du mucus, le réflexe cardio-respiratoire ne sera excité avec succès qu'après la désobstruction de ces organes. Or, ce résultat

s'obtient sûrement et facilement à l'aide du tube laryngien, et ne peut s'obtenir par les tractions rythmées de la langue. L'auteur considère même comme dangereux d'exciter le réflexe cardio-respiratoire avant d'avoir désobstrué les voies respiratoires. (*Bull. méd.*, 30 janvier 1901.) Dr G. Dupond.

Contribution à l'étude du sclérome de la trachée avec remarques sur la valeur de l'étude systématique de cette maladie en général, par le Dr Hermann Von Schroetter.

L'auteur s'est attaché, depuis trois ans, à l'étude de cette affection parasitaire bien déterminée, à localisation rare dans le larynx, et qu'on ne rencontre en France que d'une façon tout à fait exceptionnelle.

Voici, en quelques mots, le résumé de l'observation qui sert de point de départ à son travail :

Femme de vingt-huit ans, chez laquelle les accidents (toux violente et un peu de gêne respiratoire) débutèrent en été de 1896, durèrent plusieurs mois avec rémissions, pour cesser complètement en mars 1897, époque à laquelle la malade accoucha à Vienne. Réapparition, quelques mois après, de la toux quinteuse, de l'enrouement et d'une dyspnée croissante.

La malade vint consulter l'auteur, le 15 décembre 1897, pour ces accidents dyspnéiques accentués et cornage aux deux temps de la respiration. A ce moment, toute la partie supérieure du larynx, y compris les cordes vocales, était saine. Mais au-dessous des rubans vocaux se montraient deux bourrelets peu saillants, rouges, légèrement striés, symétriques, mous et flexibles. Dans la trachée, à la hauteur du cinquième ou du sixième anneau « siégeait une tumeur en forme de bouton, originaire de la paroi gauche, dont la base était constituée par un bourrelet rouge, à couches sagittales. Le cône obstruant complètement l'orifice avait une coloration de cire jaunâtre et sa surface était brillante comme de la graisse. Au-dessus de cette tumeur, dans la portion antérieure de la trachée, on percevait une bande cicatricielle, à bords aigus, d'un gris blanchâtre, cachant la vue depuis la partie supérieure gauche jusqu'à droite, vers le bas. Absence de croûtes et de sécrétions adhérentes, aucune odeur caractéristique.

L'examen du nez, des choanes, de l'orifice tubaire, ainsi que de la face postérieure du voile palatin fournit un résultat absolument normal ». La malade dut être opérée cinq jours après à cause de sa dyspnée. L'auteur enleva à la pince la portion saillante de la tumeur et le bourrelet cicatriciel. La gêne respiratoire céda aussitôt.

Une culture sur agar et sur gélatine fournit un résultat positif.

Du 25 décembre 1897 au 28 février 1898, la malade subit quotidiennement des séances de dilatation laryngo-trachéale au moyen d'une sonde molle d'abord, d'une série de bougies en caoutchouc durci ensuite, avec diamètres graduellement croissants. A cette dernière date, la trachée apparaissait normale; le bourrelet sous-cordal gauche avait totalement disparu, le droit persistait encore, mais à un faible degré, dépassant à peine le bord interne de la corde. La malade s'abstint de reparaître jusqu'à fin novembre 1898, époque à laquelle son affection avait récidivé et envahi l'espace glottique et sous-glottique. Une deuxième ablation, suivie de séances de dilatation pendant deux à trois semaines, fut pratiquée à ce moment. La malade en éprouva un tel soulagement qu'elle ne revint à la clinique que deux fois dans l'année 1899, en passant seulement; elle laissa de la sorte récidiver son affection et, en décembre 1900, elle présentait les lésions suivantes :

Toux fréquente; expectoration de particules cutanées d'un jaune rougeâtre, raucité très marquée. Ganglion assez volumineux et mobile sous maxillaire droit. Nez et naso-pharynx sains. Corde gauche fortement hypertrophiée, surtout en son milieu; infiltrations bosselées dans l'espace sous-glottique (partie antérieure). Corde droite teintée en jaune et à peu près saine. Mobilité très restreinte de la corde gauche. Léger épaississement de la muqueuse trachéale.

Extirpation à la pince des masses bourgeonnantes et des infiltrations suivie du bougirage. Dans les jours qui suivirent, la corde gauche reprit sa forme et sa mobilité normales. L'auteur a revu la malade le 28 février 1901. La voix est claire. Des séances de bougirage sont encore continuées.

L'examen histologique de plusieurs fragments enlevés fit

reconnaître la présence des cellules de Mikulicz avec les bacilles caractéristiques (coloration au bleu de méthyle polychrome et à l'éosine hématoxylique).

A propos de ce cas, l'auteur discute la valeur de la présence des globes hyalins sur la coupe et conclut à leur non-spécificité. Seule, la cellule de Mikulicz est spécifique.

Schroëtter a réuni 400 cas de sclérome dont 67 atteignaient la trachée.

D'ordinaire, il existe, chez les malades qui sont atteints de cette affection, une odeur *sui generis*, et on observe, à la surface des lésions, un enduit gris verdâtre qui faisait défaut dans l'observation relatée plus haut.

Le mal débute habituellement par le nez et le naso-pharynx pour gagner de là le larynx et la trachée, l'observation de l'auteur prouve d'une façon péremptoire que la marche inverse du mal, c'est-à-dire la voie ascendante, est également possible.

Il existe dans la science d'autres faits du même genre.

Au point de vue du traitement, l'auteur n'admet la laryngofissure que dans des cas absolument exceptionnels. Pour sa part, il n'a jamais eu l'occasion de l'appliquer; l'excision des masses bourgeonnantes suivie d'une dilatation progressive du conduit laryngo-trachéal lui a toujours suffi.

Le tubage permanent donne également d'excellents résultats par la pression latérale qu'il exerce sur les tissus.

Il va sans dire que lorsque l'infiltration scléromateuse a envahi toute la longueur de l'arbre aérien, ces différents moyens, aidés de la trachéotomie, demeurent impuissants.

Dans les cas de ce genre, Schroëtter a essayé de laisser en place des sondes métalliques dans le larynx et la trachée. Ces sondes sont destinées à remédier au sclérome muco-cartilagineux de la trachée, qui résiste fort bien et fort longtemps, sans s'ulcérer, à la pression exercée à sa surface.

Le traitement médical a échoué totalement.

Pour ce qui a trait à la géographie de cette maladie, il n'est pas douteux qu'on la rencontre dans toute l'Europe, mais avec une prédominance bien marquée en Russie et en Autriche. La Pologne occidentale semble être le berceau de cette affection.

Il est vraisemblable d'admettre que l'infection s'installe par la respiration et se localise d'abord aux couches muqueuses superficielles et que les crachats et les sécrétions nasales et buccales sont susceptibles de favoriser la dissémination du mal. On ne possède cependant aucun cas de contagion directe bien avérée du sclérome, bien que cette maladie se rencontre fréquemment sur plusieurs personnes de la même localité et parfois chez des personnes de la même famille.

On la trouve à tous les âges et également dans l'un et l'autre sexe, chez des malades ayant d'ordinaire une hygiène très défectueuse.

L'auteur voudrait que les autorités prissent des mesures énergiques pour éviter la contagion.

Des essais d'inoculation, pratiqués sur lui-même et sur les animaux, en particulier sur le singe, n'ont amené qu'un résultat négatif.

Le bacille du rhino-sclérome, ou bacille de Frisch, a quelque analogie avec le bacille de Friedlander. (*Ann. des mal. de l'oreille, etc.*, nº 3, mars 1901.)

Dr BRINDEL.

OREILLES

Nouvelles recherches anatomo-pathologiques sur la soi-disant sclérose de l'oreille moyenne *(Neuere pathologisch. anatomische Untersuchungen bei der sogen. Mittelohrsclerose)*, par le Dr KELLER.

Dans la plupart des cas de catarrhe chronique sec de l'oreille moyenne, on trouve pour seul signe macroscopique une ankylose osseuse entre l'étrier et la fenêtre ovale. Jusqu'en ces derniers temps, on voyait la cause de cette modification dans l'existence d'une périostite chronique, mais les nouvelles recherches de Politzer, Bezold, celles surtout de Siebenmann, ont montré qu'il s'agit ici d'un processus tout à fait différent et qui consiste dans une transformation du tissu compact de la capsule osseuse du labyrinthe en tissu spongieux, sans participation du périoste. Ce processus n'est pas limité au cadre de la fenêtre ovale, quoique ce soit là son siège de prédilection, mais est distribué à toute la capsule labyrinthique en une multitude de petits foyers. Le point de départ de ce processus est

dans les canaux de Havers, qui se dilatent au niveau du labyrinthe et sont remplis, en outre, des vaisseaux sanguins et lymphatiques, de cellules qui, agissant d'une part comme ostéoclastes, favorisent la résorption de la substance osseuse, sous forme de lacunes de Honship, et, d'un autre côté, remplissent les fonctions d'ostéoblastes favorisant la formation du tissu spongieux. Ces deux processus sont analogues à ceux qui président à la croissance normale des os. La marche est essentiellement chronique et dure quelquefois toute la vie, jusqu'à la profonde vieillesse. Tous les moyens thérapeutiques recommandés contre cette affection, entre autres le phosphore préconisé par Siebenmann, n'ont donné jusqu'ici aucun résultat. (*Münch. med. Wochens.*, nº 30, 1901.)

Dr JANKELEVITCH.

NOUVELLES

— **Association de la Presse médicale française** (Secrétariat général : 93, boulevard Saint-Germain, Paris, VI). — *Réunion du vendredi 8 novembre 1901.* — Le vendredi 8 novembre 1901, a eu lieu la réunion statutaire de l'Association de la Presse médicale française, sous la présidence de M. le Dr LABORDE, syndic. — Vingt-quatre membres y assistaient.

Candidature. — M. le Dr LUTAUD a été nommé rapporteur de la candidature de M. le Dr Léon DERECQ, rédacteur en chef de la *Tuberculose infantile*, qui a pour parrains MM. les professeurs Pozzi et Landouzy.

Élection. — M. le Dr ARNOZAN, de Bordeaux, représentera à l'Association le *Journal de médecine de Bordeaux*, en remplacement de M. le Dr Mauriac.

Propositions. — M. le Dr TOULOUSE a soumis à l'Association l'idée d'un *Annuaire international de la Presse médicale*. Une discussion, qui sera reprise ultérieurement, a eu lieu à ce propos ; MM. Laborde, Pozzi, M. Baudouin ont pris la parole à ce sujet et fait ressortir l'intérêt et la difficulté pratiques d'une telle entreprise.

Le Secrétaire général,
Marcel BAUDOUIN.

— **Nominations.** — M. Saint-Clair Thomson a été nom assistent physician pour les maladies de la gorge au Ki Collège (London).

Le Dr Bryson Delavan a été nommé laryngologiste consul à Saint-Lucas-Hospital, de New-York.

MM. les Drs O. Barrago-Ciarella et Giulio Martuscelli nommés privatdocents d'oto-rhinologie et de laryngologie à Faculté de médecine de Naples.

NÉCROLOGIE

Dr DALLY, de Pittsburg.

L'*Internationales Centralblatt für Laryngologie* nous annonc mort, à l'âge cinquante-neuf ans, du Dr William Hudsen Dally Piltsburg (Pensylvanie, États-Unis).

Dally a joué un rôle important en laryngologie; après avoir président et membre du Conseil de l'Association de laryngol américaine, il a été délégué par cette dernière à divers Congrès laryngologie. Il prit une part active à l'organisation d'une Sec autonome de laryngologie et d'otologie dans l'Association médi américaine, où jusque-là elle était pour ainsi dire noyée dan section d'ophtalmologie. Ses travaux sur la spécialité, en pa culier sur le rhume dit des foins, sont connus de tous les pratici Nous sommes convaincus que tous ceux qui l'ont connu regre ront la mort prématurée de ce confrère distingué, aimable sympathique entre tous.

Dr Giuseppe FICANO.

Le Dr Giuseppe Ficano, le laryngologiste italien bien connu, mort à Palerme à l'âge de quarante-trois ans.

Bordeaux. — Impr. G. GOUNOUILHOU, rue Guiraude, 11.

22e ANNÉE. N° 49. 7 DÉCEMBRE 1901.

REVUE HEBDOMADAIRE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

PROTHÈSE NASALE
AU MOYEN D'INJECTIONS DE PARAFFINE SOLIDE D'APRÈS LE PROCÉDÉ D'ECKSTEIN[1]

Par le Dr **BROECKAERT**, de Gand.

Il y a quelque temps, les journaux de médecine nous ont fait connaître le procédé aussi simple qu'élégant d'un chirurgien viennois, Gersuny, consistant en injections sous-cutanées ou interstitielles de vaseline blanche, dans le but de corriger certaines difformités acquises ou congénitales.

Gersuny[1] fit le premier essai de sa méthode sur un homme ayant subi une double castration pour orchi-épididymite tuberculeuse, et qui se trouvait très affecté de cette mutilation. Après une série d'injections, on pouvait constater par le toucher la présence dans le sac scrotal de deux masses arrondies, dures, donnant l'illusion de deux testicules enlevés.

Le succès ainsi obtenu encouragea notre confrère à se servir du procédé dans des circonstances très variées, non seulement pour combler des pertes de substance dans un but esthétique, mais même pour remédier à certains troubles fonctionnels de cause purement mécanique. Gersuny conseillait de recourir à son procédé pour relever les cicatrices

1. Travail reçu le 22 novembre 1901.

déprimées, amender les difformités causées par d
ments de la joue, corriger les nez aplatis ou e
leur base, obtenir la réunion immédiate de sc
continuité de la peau situées au-dessus de plaie
à parois rigides, mettre un obstacle à la formati
loses articulaires à la suite d'opérations, reconst
des sphincters détruits par un traumatisme ou un
pathologique.

La méthode de Gersuny se base sur ce fait qu
gras, se liquéfiant par la chaleur et se solidifiant
dissement, sont capables d'être introduits dans
d'un tissu dilatable et d'y rester en place à l'insta
inertes. La vaseline, choisie par Gersuny, est un r
paraffine solide et de paraffine liquide *(ungu.*
fusible de 38° à 40°, et stérilisée par l'ébullitio
marie.

La technique est des plus simples : l'injection de
suffisamment refroidie se fait au moyen d'une s
Pravaz aseptisée, dont on introduit l'aiguille dai
sous-dermique ou sous-muqueux. Gersuny re
d'éviter de pousser la vaseline dans les vaiss
injecter très peu à la fois et de ne renouveler l'opé
lorsque la vaseline de la première injection s'est
incorporée.

Les premiers résultats obtenus de la sorte in
vivement le corps médical, et même, par le côté c
procédé, le grand public. La méthode ne reçut
pas l'accueil qu'on aurait pu en attendre. Ce ne f
timidement que quelques rares opérateurs imitèren
de Gersuny et eurent recours à son procédé.

L'enthousiasme du début se refroidit encore da
la suite d'une communication de Pfannenstiel[2], d
sur le danger de la méthode de Gersuny. Une in
vaseline au pourtour du col vésical, chez une fem
d'incontinence d'urine à la suite de l'extirpation

pour lésions cancéreuses, fut suivie de tous les symptômes graves d'une embolie pulmonaire. La malade guérit, mais sans avoir retiré aucun bénéfice du traitement.

Un cas sensiblement analogue fut publié il y a quelque temps par Halban[3], de Vienne, qui vit également survenir une embolie pulmonaire à la suite des injections interstitielles de vaseline.

Ces insuccès durent nécessairement retarder l'application triomphale de la méthode. Rien d'étonnant donc que les travaux publiés sur cette question si moderne et intéressante ne soient guère nombreux.

C'est ainsi que Kapsammer[4] a rapporté à la Société império-royale de médecine de Vienne 3 cas d'incontinence d'urine traités avec un résultat parfait par des injections, en une séance, de 8 à 12 centimètres cubes de vaseline.

Rohmer[5], de Nancy, s'inspirant des mêmes idées, appliqua la méthode à la prothèse oculaire. Chez un individu ayant subi l'énucléation de l'œil gauche, il fit, au bout de quinze jours, après cocaïnisation de la conjonctive, une injection d'environ 2 centimètres cubes et demi de vaseline dans le centre de la cicatrice conjonctivale; huit jours plus tard, il injecta encore 1 centimètre cube et demi; quarante-huit heures après, il appliqua l'œil artificiel auquel le patient put imprimer des mouvements assez étendus. Dans son travail, paru dans la *Clinique ophtalmologique*[6], il donne les résultats très satisfaisants que cette méthode lui a donnés dans 5 cas analogues.

Ces succès engagèrent Dianoux[7] à recourir également à ce procédé de prothèse; il rapporte dans la *Gazette médicale de Nantes* 3 cas dans lesquels il a injecté de la vaseline, 2 fois après énucléation de l'œil, 1 fois après exentération.

Dans une note adressée à l'Académie de médecine de Belgique, le Dr Delangre[8], de Tournai, insiste également sur les beaux résultats obtenus par l'inclusion de vaseline dans les tissus. Notre confrère belge prétend avoir expérimenté,

depuis deux ans, une méthode analogue à celle de Gersuny, dans le but de suppléer aux pertes de substance sous-cutanées. Pour donner aux cicatrices blanchâtres la teinte de la peau, il a même associé tout récemment à la vaseline de la poudre rose clair de corail. Se basant sur 8 cas, auxquels il a appliqué le procédé, Delangre considère la méthode comme inoffensive et susceptible de donner des résultats durables dans un grand nombre de difformités acquises.

Dans la séance du 10 juillet dernier, le Dr Stein[9] a présenté à la Société de médecine berlinoise une malade du service du professeur Von Bergmann, chez laquelle il avait redressé, grâce à la méthode de Gersuny, un nez effondré par une chute ancienne sur la face.

Le Dr Eckstein[10] communiqua à la même société les observations de deux malades traités également par le procédé viennois pour des fissures palatines entraînant des défauts de prononciation.

Le dernier travail paru sur la méthode de Gersuny est celui d'Alt[11], de Vienne, qui a expérimenté les injections de vaseline blanche dans un cas de fistule mastoïdienne consécutive à une opération radicale. Après injection d'environ un demi-centimètre cube de vaseline, il ne persistait plus qu'une petite fistule punctiforme conduisant dans la cavité épidermisée. L'auteur conseille de recourir à ce procédé dans une foule de malformations du pavillon de l'oreille.

L'état de la question en était là lorsque Eckstein me fit connaître, il y a un mois à peine, les heureuses modifications qu'il avait apportées à la méthode et les nombreuses expériences qu'il avait instituées dans le but de déterminer ce que devient ultérieurement la masse injectée dans l'organisme. Car, malgré la haute valeur du procédé de Gersuny, il faut convenir que l'intervention ne semble pas dépourvue de tout danger, puisque deux accidents graves en ont déjà été la conséquence. Il est vrai que l'on objecte que, dans un

de ces cas, l'opérateur s'est servi d'une vaseline à point de fusion trop élevé, et que l'injection a été faite non pas dans le tissu sous-muqueux, mais en plein tissu musculaire. Le fait même que la vaseline peut être entraînée par le courant circulatoire, et former dans l'organisme des embolies, constitue, sans contredit, un argument sérieux contre la valeur thérapeutique de la nouvelle méthode. D'ailleurs, n'est-il pas dangereux de déposer dans l'organisme une substance, neutre il est vrai, mais fusible vers 38° ou 40°, alors que, sous l'influence d'une foule de maladies, notre corps prend une température sensiblement supérieure à celle du point de fusion de la vaseline mise en expérience? C'est à l'avenir de répondre à cette question.

Un autre point qui mérite notre attention, c'est de s'assurer si le produit n'est pas toxique en soi : les recherches de Stein démontrent que, si l'on emploie une vaseline absolument pure, il n'y a aucun danger d'intoxication : c'est ainsi que, chez une souris pesant 15 grammes, il a pu injecter sans inconvénient 5 grammes de vaseline, soit le tiers du corps.

Si ces conclusions sont unanimement admises, l'accord ne semble toutefois pas exister entre les expérimentateurs sur le sort définitif de la vaseline-paraffine injectée dans l'organisme.

Alors que Gersuny prétend qu'elle ne se résorbe pas et reste en place, Stein croit, au contraire, qu'elle se résorbe peu à peu, mais en étant remplacée par du tissu conjonctif, de sorte que le résultat plastique obtenu se trouve assuré.

Pour ma part, j'admets avec Eckstein que la *vaseline* disparaît peu à peu, alors qu'une trame de tissu conjonctif englobe la *paraffine,* laquelle, durcie, reste seule en place. En effet, quand, au bout de quelque temps, on sacrifie un animal en expérience, on trouve à l'endroit où a été faite l'injection un corps dur comme du cartilage, une sorte de feutre conjonctif, dont les mailles sont remplies par la paraffine. Les résultats obtenus par la méthode de Gersuny

ne sauraient donc rester identiques à ceux que l'on observe immédiatement après l'opération : la masse injectée diminue incontestablement. Delangre lui-même, qui croit que la résorption en est absolument négligeable, a constaté « à la longue un léger tassement de la vaseline dû à l'infiltration de cette substance dans le tissu cellulaire interstitiel » : la prothèse ainsi obtenue n'est donc pas tout à fait définitive.

Ces reproches fondés, ces résultats discordants avaient engagé Eckstein à reprendre l'étude de la question et à rechercher une paraffine dont le point de fusion fût sensiblement supérieur à celui de la vaseline blanche employée par Gersuny, et qui, injectée à l'état liquide, pût se solidifier très rapidement. Après des recherches minutieuses, Eckstein parvint à résoudre le problème ainsi posé et à indiquer les principales conditions de sa nouvelle technique.

Je ne puis, pour le moment, entrer dans de plus amples détails, parce que l'auteur du procédé n'a pas encore publié son travail. Je me permettrai cependant de démontrer, en quelques lignes, l'innocuité de la méthode et les résultats définitifs qu'on peut en attendre.

Ce qui caractérise, avant tout, le produit employé par Eckstein, c'est *sa rapide solidification*. Injectée dans un milieu à température beaucoup inférieure à la sienne, sa paraffine se refroidit très vite et ne saurait déterminer la production d'embolies. Il en résulte également que l'émigration de la substance ne peut pas se faire sous l'influence de la contraction des muscles du voisinage, ni par des attouchements divers : la paraffine d'Eckstein *reste en place* où elle est injectée, ou du moins où l'opérateur l'a poussée, car il va de soi qu'on a le temps de la façonner pendant qu'elle se refroidit sous la peau.

Comme je l'ai signalé plus haut, Gersuny et, plus récemment, Moszkowicz[12] ont fait un grief à Pfannenstiel d'avoir eu recours à une vaseline à point de fusion trop élevé; ils

pensent que c'est la chaleur de la masse injectée qui a produit la thrombose des veines vésicales et l'embolie secondaire dans le poumon. Une pareille hypothèse me semble très peu admissible. D'ailleurs, les expériences sur les animaux, les observations d'Eckstein et les miennes vont à l'encontre de cette manière de voir. Gersuny lui-même paraît n'y attacher qu'une importance relative, puisqu'il attribue en même temps l'insuccès de Pfannenstiel à une faute très grave, celle d'avoir injecté immédiatement après l'opération, alors que l'absorption de la vaseline, comme le remarque Delangre, peut se faire à plein canal par des vaisseaux dont le caillot n'est pas suffisamment organisé. J'ai cru utile d'insister sur ce point afin de prévenir l'objection qu'on n'aurait pas tardé également de faire à la méthode d'Eckstein.

Un autre avantage que présente la paraffine de notre confrère berlinois, c'est que *la résorption en est absolument nulle*. Des expériences faites sur des lapins ont montré qu'après un délai de six mois, pas la moindre fraction de la masse injectée n'avait disparu : le poids de la paraffine était resté identiquement le même.

Au bout de très peu de temps, il se forme autour du produit une capsule de nature conjonctive dans laquelle, comme j'ai pu m'en convaincre sur une coupe qui m'a été gracieusement offerte par l'auteur, on ne retrouve ni éléments cellulaires ni vaisseaux sanguins : tout travail d'absorption est donc rendu impossible. On y remarque également que nulle part le tissu fibreux n'a pénétré dans la masse, comme cela s'observe après les injections de vaseline.

Voulant également me rendre compte du résultat éloigné de l'opération chez l'homme, j'ai injecté, dans un but d'expérience, sous la peau d'une de mes clientes, environ un demi-centimètre cube de paraffine. Après quatre semaines, j'ai extrait la masse injectée par une petite incision cutanée, et j'ai pu constater qu'il s'était formé une véritable poche kystique renfermant la paraffine.

L'examen macroscopique et microscopique démontrent donc que les résultats obtenus par Eckstein doivent être nécessairement définitifs et supérieurs à ceux obtenus par la méthode de Gersuny.

Je n'insisterai pas davantage sur les modifications apportées par Eckstein au procédé de Gersuny, me réservant, d'ailleurs, d'y revenir sous peu et d'indiquer alors tous les détails de technique. Quelques observations circonstanciées plaideront, du reste, plus en faveur de la méthode que de longues descriptions.

Observation I. — J'eus l'occasion de faire le premier essai de la méthode d'Eckstein sur une jeune ouvrière, A. D. W..., âgée de dix-sept ans, que je soignais depuis des mois pour des accidents syphilitiques tertiaires. Par suite de destruction de la portion cartilagineuse de la cloison nasale, le nez s'était effondré et formait comme un moignon appliqué sur la face.

Fig. 1.

A mon retour de Berlin, où je m'étais familiarisé avec la méthode, je songeai immédiatement à redresser le nez de cette patiente, et, dès le 15 octobre, je pus lui faire l'injection après avoir photographié, peu artistiquement, je l'avoue, les traits de son visage *(fig. 1)*.

La région ayant été soigneusement aseptisée, je lui fis lentement une injection d'environ 2 centimètres cubes de la paraffine d'Eckstein dans un pli de la peau, pendant qu'un aide maintenait entre le pouce et l'index la racine du nez pour empêcher l'émigration vers le haut. Je fis maintenir la canule en place et donnai alors au nez une forme se rapprochant de la normale. La canule retirée,

j'appliquai un petit emp
l'opérée.

La douleur fut insigni
n'eût été faite.

Le lendemain, je revis
nez et des paupières. P
pression. Le résultat est
peau tendue, je pus me
matière injectée.

Au bout de deux jou
mais, comme il persis-
tait encore une légère
ensellure du nez, je
proposai de faire une
seconde injection.

Le 22 octobre, j'in-
jectai un peu plus vers
la pointe du nez envi-
ron 1 centimètre cube
de paraffine, de manière
à obtenir ainsi un résul-
tat quasi parfait.

Cette nouvelle inter-
vention ne fut suivie
d'aucune réaction et ne
donna lieu au moindre
œdème.

Depuis lors, le résul-
tat s'est maintenu, et, cor
ci-jointe *(fig. 2)*, le nez a
très présentable.

Obs. II. — Mlle Gabriel
vint me consulter, le 11
l'ouïe et une respiration
tout, ce fut la conforma
ment le visage de cette
déjetée à gauche, et l'or
tique occasionnée, d'apr
de trois ans.

A l'examen rhinoscopi
de la cloison fermant con

Je proposai de reconstituer immédiatement le nez d'après la méthode d'Eckstein et de redresser, dans une séance ultérieure, la cloison déviée. Ayant insisté sur l'innocuité absolue de l'intervention et montré le résultat obtenu dans le cas précédent, j'obtins l'autorisation de procéder, séance tenante, à une injection de paraffine. La transfiguration instantanée fut frappante : en une ou deux minutes, les 2 centimètres cubes du produit injecté avaient fait merveille et corrigé une difformité considérée comme incurable.

La demoiselle rentra toute heureuse à Ostende, et, sauf un œdème assez passager, survenu le lendemain, le résultat esthétique fut très satisfaisant.

Obs. III. — Le 8 novembre, je fus consulté par le jeune Robert V. D..., âgé de quinze ans, habitant notre ville, qui présentait depuis quelques jours un léger enchifrènement, une toux sèche et pénible, un certain engorgement des ganglions du cou, bref, les symptômes d'une adénoïdite aiguë ou, plus exactement, d'une inflammation aiguë de l'amygdale pharyngée.

Ce jeune homme présentait une anomalie congénitale des paupières relativement rare, un épicanthus qui le défigurait notablement. Cette anomalie consiste dans l'existence d'un pli cutané qui recouvre l'angle interne des fentes palpébrales et qui se complique souvent d'un aplatissement des os propres du nez.

Les parents du jeune patient avaient déjà pris l'avis d'un oculiste qui avait proposé d'exciser un lambeau cutané au dos du nez, seule méthode efficace jusqu'alors pour effacer les deux replis. Redoutant toute intervention sanglante et l'existence d'une cicatrice très visible, on ne le soumit pas au traitement.

M'inspirant du procédé de Gersuny-Eckstein, j'eus l'idée de traiter cette anomalie purement cosmétique en injectant sous la peau du dos du nez une certaine quantité de paraffine, suffisante pour soulever la peau et faire disparaître l'épicanthus. J'exposai mon opinion à ce sujet au jeune homme et à son père, et il fut décidé que la petite intervention aurait lieu après la disparition du malaise momentané.

Le 11 novembre, il se présenta chez moi, et, après un lavage soigneux de la région, je fis soulever par mon aide un pli de la peau assez grand pour effacer l'epicanthus; j'y injectai alors un bon centimètre cube de paraffine, donnai à la racine du nez une forme convenable, et pus constater, à notre grande satisfaction, la correction de la difformité. Un léger œdème fugace des paupières en fut la seule conséquence.

Obs. IV. — I s'agit d'un homme âgé de trente et un a
D. S..., barbier à Nazareth. A la suite d'une chute faite
vers l'âge de cinq ans, le nez s'est effondré et présente
et aplat La pointe en est soulevée et légèrement repou
gauche.

Cet homme, qui vient me consulter pour une affectio
la gorge, se soumit avec empressement à l'interventio
proposai dans le but de rendre à son nez une forme
L'injection fut faite le 15 novembre, avec les mêmes
que dans les cas précédents. Un centimètre cube de pa
pour soulever la peau et me permettre de modeler con
le nez. Après le retrait de la canule, je remarquai ce
l'ensellure n'avait pas entièrement disparu, et immédia
jectai, par une nouvelle piqûre, quelques gouttes de
manière à obtenir un résultat aussi satisfaisant que pos

La réaction fut pour ainsi dire nulle, et le résultat
ment des plus parfaits.

Il résulte de ces observations et des quelques
tions dont j'ai tenu à les faire précéder que la m
injections interstitielles de paraffine constitue un
élégantes acquisitions de la chirurgie moderne.
aux cas les plus divers, elle devient, entre les
chirurgien qui a quelques notions de l'esthét
puissant secours pour réparer un grand nombre
mations de la figure humaine. Au lieu de ces
minutieuses, plastiques ou autoplastiques, il su
vant d'introduire sous la peau quelques centim
de paraffine pour voir disparaître, comme par enc
ces défauts de la nature.

Au point de vue de la prothèse nasale, c'est
de choix à l'abri de toute critique. Car, sauf
fugace, dû à la compression des vaisseaux lymph
injections de paraffine ne sont suivies d'aucune co
nocive. Les résultats qu'on est en droit de réclan
cédé sont, par conséquent, des plus beaux, et mêr
je l'ai démontré, définitifs. Il n'en faut pas dava
prédire à la méthode de Gersuny-Eckstein un succ

BIBLIOGRAPHIE

1. **Gersuny.** — Ueber eine subcutane Prothese (*Zeits. f. Heilk.*, 1900, Band I, Heft 9).

2. **Pfannenstiel.** — Zur Discussion über die Paraffineinspritzung bei Incontientina urinæ nach Gersuny (*Centralb. f. Gynäcol.*, 1901, n° 2).

3. **Halban.** — Sitzung der Geburtshilflich-gynäcologischen Gesellschaft in Wien, 30 oct. 1900 (*Centralb. f. Gynäcol.*, 1901).

4 **Kapsammer.** — Sitzung der Gesellschaft der Aerzte in Wien, 5 febr. 1901 (*Wiener klin. Wochens.*, 1901).

5. **Rohmer.** — *Semaine méd.*, 10 avril 1901.

6. **Rohmer.** — Nouveau procédé pour constituer un moignon artificiel après l'énucléation (*Clin. ophtalmol.*, 1901, n° 52).

7. **Dianoux.** — Des injections de vaseline après l'énucléation de l'œil (*Gaz. méd. de Nantes*, 1901).

8. **Delangre.** — De la prothèse chirurgicale réalisée par l'inclusion de la vaseline stérilisée dans les tissus (*Bull. de l'Acad. royale de méd. de Belgique*, t. XV, n° 4).

9. **Stein.** — Société de médecine berlinoise. Séance du 10 juillet 1901 (*Semaine méd.*, 1901, p. 262).

10. **Eckstein.** — Société de médecine berlinoise. Séances des 10 et 24 juillet 1901 (*Semaine méd.*, 1901, p. 262 et 263).

11. **Alt.** — Ueber subcutane Paraffin-Injectionen (*Monats. f. Ohrenheilk.*, 1901, n° 9).

12. **Moszkowicz.** — Ueber subcutane Injectionen von Unguentum paraffini (*Wiener klin. Wochens.*, 1901, p. 193).

REVUE GÉNÉRALE ET ANALYSES

NEZ ET PHARYNX NASAL

Polype muqueux inséré au niveau de l'orifice de la trompe d'Eustache droite *(Ein Schlerinpolyp, ausgehend vom rechten Tubawulst)*, par le Dr A. Jurasz.

La malade, âgée de vingt-six ans, vint consulter pour une obstruction nasale qui se manifestait de temps à autre et pour une sécheresse très prononcée de la gorge qu'elle éprouvait surtout le matin. Pas d'autres troubles, surtout du côté des oreilles.

A la rhinoscopie antérieure, les fosses nasales ne présentent rien d'anormal. A la rhinoscopie postérieure, on trouve dans le naso-pharynx une tumeur ronde, du volume d'une noix, grise, demi-transparente, située à droite et obstruant la moitié

inférieure de la choane droite. Pas d'autres modifications ni dans le pharynx ni dans le larynx. Croyant qu'il s'agissait d'un polype naso-pharyngé ordinaire provenant de la partie postérieure de la fosse nasale, l'auteur introduisit dans le pharynx une anse à travers le nez. Mais, à chaque tentative de saisir la tumeur, l'anse dérapait. L'auteur résolut alors de procéder autrement, et, quatorze jours plus tard, il pratiqua l'ablation de la tumeur par la bouche, à l'aide d'une pince fenêtrée. Le pharynx s'étant montré très tolérant, l'opération put être exécutée sans difficulté, sans le guide du miroir.

La tumeur avait une consistance molle et présentait l'aspect d'un polype muqueux muni d'un mince pédicule. La rhinoscopie postérieure, pratiquée immédiatement après, révéla à l'auteur, à sa grande surprise, que le point d'implantation du polype se trouvait au niveau du bourrelet de la trompe d'Eustache droite, un peu au-dessus de son orifice. On voyait, en effet, à ce niveau, une petite élévation dont sortait une gouttelette de pus. La choane était complètement normale, sans le moindre épaississement ou changement de couleur des cornets et de la cloison. On pratique un nouvel examen attentif des fosses nasales, sans y constater l'existence d'aucun autre polype muqueux, si petit soit-il. Il paraît donc établi qu'il s'agissait d'un polype isolé inséré sur le bourrelet de la trompe d'Eustache, les fosses nasales étant restées indemnes.

L'examen microscopique de la tumeur montra qu'il s'agissait d'un fibrome mou, renfermant des travées minces et délicates de tissu conjonctif, et une abondante substance intercellulaire. (*Monats. f. Ohrenkeilk.*, n° 6, 1901.)

Dr JANKÉLEVITCH.

LARYNX ET TRACHÉE

De l'accès de la trachée et des bronches dans le médiastin (Société de chirurgie, séance du 27 mars 1901).

M. QUENU estime que, dans le cas de corps étranger fixé à la bifurcation de la trachée ou dans les grosses bronches, il y a lieu d'intervenir.

Voici quel doit être le manuel opératoire : incision en volet et taille d'un lambeau de la troisième à la sixième côte;

résection des quatrième, cinquième et sixième côtes; décollement de la plèvre, écartement du poumon, et, à la profondeur de 8 à 10 centimètres, découverte de la crosse de l'oxygos qu'on récline; avec l'index, recherche de l'extrémité postérieure des cartilages bronchiques et trachéaux, et, si l'on perçoit le corps étranger à travers la portion membraneuse, incision de cette portion du canal trachéal. (*Bull. méd.*, 30 mars 1901.)

r G. Dupond.

Adéno-sarcinome du larynx chez un homme de quarante-six ans. Résection du larynx *(Adenocarcinoma laryngis bei einem 46. Jährigen Manne. Resection laryngis)*, par le Dr E. Schmiegelow.

L'affection dont il s'agit avait évolué dans l'espace de deux mois et demi, et ne s'est jamais manifestée par d'autres symptômes que la raucité de la voix. Le malade avait, en outre, dans la région cervicale droite, une tumeur ganglionnaire, non sensible, et qui, ayant débuté une année auparavant, présentait les dimensions d'un œuf de poule. tL'éat général du malade était bon.

Examen laryngoscopique. — Ligament ary-épiglottique gauche œdématié, surtout en arrière, au-dessus du cartilage aryténoïde gauche. La bande ventriculaire gauche est le siège d'une tumeur considérable, ulcérée, irrégulière, s'étendant jusqu'à la commissure antérieure et paraissant même envahir la bande ventriculaire du côté opposé. La moitié gauche du larynx est immobile, la moitié droite normale. Un traitement mixte à l'iodure et au mercure étant resté sans résultat, et l'examen microscopique ayant montré qu'il s'agissait d'un adéno-carcinome, on résolut d'intervenir chirurgic-lement; ce qui fut fait le 1er avril 1901. Trachéotomie, introduction de la canule-tampon de Hahn, thyrotomie. La tumeur ayant envahi la plus grande partie des cartilages aryténoïde et thyroïde gauches et de la bande ventriculaire et de la corde vocale du même côté, on enleva toute la moitié gauche du thyroïde, le tiers antérieur de sa moitié droite et la moitié antérieure, qui paraissait également suspecte, de la bande ventriculaire droite. On enleva également la tumeur ganglionnaire mentionnée plus haut, et qui, à l'examen microscopique, s'est montrée de nature tuberculeuse. On introduisit par le nez une sonde œsophagienne

à demeure, on remplaça la canule-tampon par une canule trachéale ordinaire, et on tamponna le larynx avec de la gaze iodoformée. Le 10 avril, on put enlever la sonde œsophagienne.

Le malade se porte bien (au moment de la publication de ce travail, il était opéré depuis trois semaines); il existe encore une légère sécrétion au niveau des angles supérieur et inférieur de la plaie. La voie, quoique chuchotante, est assez distincte. La respiration s'accomplit librement par le larynx. La déglutition est normale. Il n'existe pas de déformation au niveau du cou. L'auteur se propose de suivre le malade et de nous renseigner sur son sort ultérieur. (*Monats. f. Ohrenheilk.*, nº 8, 1901).

Dr JANKELEVITCH.

VARIA

Carcinome thyroïdien. Thyroïdectomie (Soc. des sciences méd. de Lyon).

M. MAILLAND, interne, présente une malade opérée par M. Delore d'un goitre cancéreux à évolution rapide.

Chez cette malade, âgée de trente-quatre ans, l'affection s'est développée très rapidement depuis un mois dans un corps thyroïde parfaitement sain auparavant. La glande hypertrophiée formait un plastron étendu depuis la symphyse du menton jusqu'au sternum.

L'intervention fut décidée en raison des troubles graves de la respiration. Une portion de la thyroïde paraissant saine fut laissée en place afin d'éviter le myxœdème.

Il s'agissait d'un carcinome thyroïdien aigu.

Depuis l'opération, dont les suites ont été particulièrement simples, tous les symptômes dyspnéiques ont disparu. (*Lyon méd.*, 18 août 1901.)

Dr G. DUPOND.

Œsophagotomie externe pour corps étranger de l'œsophage, par Pierre SEBILEAU et E. LOMBARD.

Il s'agit d'une enfant de trois ans qui avait avalé, vingt-cinq jours avant l'opération, une pièce d'un sou.

Au cours de l'opération, on constata que des adhérences très solides, dont la sonde cannelée ne put triompher, s'étaient établies entre l'œsophage et la paroi de la carotide primitive. De plus, au niveau des adhérences, les tuniques étaient très

amincies, réduites à la seule muqueuse et confondues avec le tissu conjonctif péri-œsophagien. Ces adhérences carotidiennes furent respectées, et la ponction fut faite sur la paroi antéro-latérale. Le sou fut extrait avec une pince hémostatique ordinaire.

Six jours après, l'alimentation s'opérait normalement. (*Ann. des mal. de l'oreille,* janvier 1901.) Dr G. Dupond.

NOUVELLES

— **Prix Fillioux.** — Le jury est composé de MM. Gougenheim, Lermoyez, Sebileau, Jozias et Guinard.

— **Nouvelles diverses.** — Le 8 septembre dernier, le duc Jean Albrecht de Mecklembourg a reçu une députation de la Société d'otologie allemande, chargée de lui remettre une adresse de remerciements au sujet de la fondation de la première chaire *ordinaire* d'otologie dans une Université allemande (Rostock).

On va construire à Breslau une clinique otologique de 25 lits.

La librairie Fischer d'Iéna va publier un manuel de l'*Histoire de la médecine,* qui paraîtra en dix fascicules. Le professeur Politzer, de Vienne, s'est chargé d'écrire l'histoire de l'otologie, et le professeur Heyman, de Berlin, rédigera l'histoire de la laryngologie et de la rhinologie.

Le Dr Forns, avec le concours du professeur Granell, sous-directeur de l'Institution nationale des sourds-muets, ouvrira le 15 novembre, à Madrid, un Institut orthophonique pour corriger la surdi-mutité et les vices de prononciation, et instruire les sourd-muets par des exercices acoustiques appropriés.

A la prière de Sir Felix Semon et sur sa proposition, transmise par le Dr Roquer Casadesus au professeur Collya, le Comité d'organisation du XIVe Congrès international de médecine (Madrid, avril 1903) a décidé que la section XI comprendrait deux subdivisions : *a*) *Otologie,* président, D. Juan Cisneros; secrétaire, D. Rafael Forns; *b*) *Rhino-laryngologie,* président, D. Eustasio Urunuela; secrétaire, D. Celestino Compaired.

Bordeaux. — Impr. G. Gounouilhou, rue Guiraude, 11.

22e ANNÉE. N° 50. 14 DÉCEMBRE 1901.

REVUE HEBDOMADAIRE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

SUR QUELQUES PARTICULARITÉS MORPHOLOGIQUES DU NASO-PHARYNX ÉTUDIÉES AU POINT DE VUE CLINIQUE[1]

Par MM.

E. J. MOURE,
chargé de cours à l'Université de Bordeaux.

E. LAFARELLE,
ancien interne des Hôpitaux de Bordeaux.

INTRODUCTION

Tout a été dit, semble-t-il, et nous venons un peu tard pour signaler quoi que ce soit de nouveau sur l'anatomie du pharynx. M. Escat, dans sa thèse, et plus récemment encore M. Chauveau, dans son livre, n'ont-ils pas épuisé la question en lui donnant le plus grand développement qu'elle puisse comporter? Il existe pourtant, en ce qui concerne le naso-pharynx, des particularités que nous n'avons trouvées étudiées dans aucun des ouvrages d'anatomie — anciens ou récents — que nous avons compulsés. Et il ne s'agit point, comme on pourrait le croire, d'un détail minuscule de fine anatomie, ou même d'une trouvaille de dissection, mais simplement de constatations macroscopiques sur la variabilité des dimensions et de la configuration intérieure du cavum naso-pharyngien.

1. Travail communiqué à la Société française de laryngologie, mai 1901, avec projections électriques.

Ces variations sont frappantes non seulement *à l'œil,* sur les coupes sagittales de la tête et du cou, mais *au doigt,* pendant le toucher naso-pharyngien, et c'est même l'exploration digitale du naso-pharynx qui nous a poussés à faire des recherches sur le cadavre.

Ces variations ont été signalées mais non décrites : Escat, dans son excellente thèse sur l'*Évolution et les transformations anatomiques de la cavité naso-pharyngienne*[1], consacre bien un chapitre aux variations de cette cavité chez l'adulte; mais après avoir dit qu'elle est sujette à d'infinies variétés de forme et de dimensions, il recherche aussitôt, dans des considérations anthropologiques très savantes, le pourquoi de la diversité de ces formes, sans en donner la moindre description particulière. Il donne même le dessin de quelques-uns des moulages qu'il a pratiqués, à la paraffine et à l'albâtre, et il dit simplement : « Nous avons dessiné les principaux types seulement; il serait impossible d'en obtenir deux de semblables sur vingt environ. » Il passe ensuite à un autre ordre d'idées.

Chauveau[2] est aussi bref sur ce point : « Chez quelques individus, dit-il, le cavum présente une ampleur exagérée qui semble due à une inclinaison du rachis. Chez d'autres, la cavité reste petite : ainsi le septum nasal, d'ordinaire assez éloigné de la paroi postérieure du pharynx, peut en être exceptionnellement assez rapproché. *Il y a donc des variétés individuelles fréquentes et parfois considérables.* D'autres fois, la saillie de la colonne vertébrale, convexe en avant, vient aussi diminuer le diamètre sagittal surtout au niveau du voile. » Il n'insiste pas davantage.

Pour quelles raisons ces deux auteurs, après avoir signalé ces variations individuelles du naso-pharynx, se sont-ils abstenus de les décrire en détail?

Sans doute ils ont jugé ces particularités, sans importance. Nous avons au contraire considéré comme intéressante et

1. Thèse de Paris, 1894.
2. Chauveau, *Le Pharynx*. Paris, 1901.

utile une étude plus approfondie de ces variations morphologiques du cavum, et nous l'avons entreprise, moins pour la nouveauté de nos constatations que pour les déductions pratiques qui en découlent. Personne ne s'en étonnera, du reste, puisque l'on sait combien sont fréquentes et utiles les interventions sur cette région de la face pendant si longtemps laissée dans l'ombre, mais par contre, aujourd'hui, si souvent explorée.

Notre travail se divisera en trois parties : la première, *anatomique,* comprendra la description des diverses variétés de naso-pharynx que nous ramènerons à des types principaux.

Cette étude est basée sur l'examen de 60 coupes sagittales et médianes du naso-pharynx que nous devons à l'extrême obligeance de M. le professeur Cannieu, qui a bien voulu mettre à notre disposition les cadavres de ses pavillons anatomiques.

Dans un second chapitre, nous passerons en revue les résultats fournis par l'examen clinique de 92 adénoïdiens, presque tous enfants ou adolescents, de la clinique oto-rhinologique de la Faculté de Bordeaux.

Nous terminerons enfin en recherchant quelles déductions pratiques l'on peut tirer des considérations anatomiques qui auront précédé, au point de vue des interventions sur le naso-pharynx et plus particulièrement de l'ablation des végétations adénoïdes.

CHAPITRE PREMIER

Recherches cadavériques.

Pour nos recherches cadavériques, nous avons examiné des coupes sagittales de la tête et du cou, pratiquées de telle sorte que le trait de scie passe immédiatement en dehors de la ligne médiane, et laisse sur une des moitiés de la coupe le vomer absolument intact.

Sur ces coupes, le naso-pharynx se présente sous la forme d'une voûte plus ou moins élevée, limitée en avant par le bord postérieur du vomer, en haut et en arrière par la surface sphéno-basilaire doublée de son trousseau fibreux et de la paroi pharyngienne.

Ce sont les variations de forme et de dimensions de cette voûte que nous avons presque exclusivement notées; ce sont de beaucoup les plus remarquables en effet, et surtout les plus intéressantes au point de vue pratique pour le spécialiste ainsi que nous le verrons dans la dernière partie de notre travail.

La simple inspection de ces coupes[1] permet de reconnaître la véracité de la proposition déjà énoncée par Escat et Chauveau : la diversité de forme et de dimensions de la voûte naso-pharyngienne est infinie. Il n'est pourtant pas impossible d'en donner une description méthodique. C'est ce que nous allons essayer de faire.

A. Variétés de dimensions. — Nous n'énumérerons pas ici les chiffres obtenus par la mensuration des diamètres verticaux et antéro-postérieurs, pratiquée sur 50 sujets[2]. Ces chiffres ont été consignés dans chaque observation.

Qu'il nous suffise de dire que ces différences sont énormes, et qu'à côté de naso-pharynx mesurant 3 centimètres dans le sens antéro-postérieur et 25 millimètres de hauteur, nous en avons trouvé dont les dimensions se réduisaient à 11 millimètres dans l'un et l'autre sens. Soit des variations du simple au double et au triple, en passant par tous les intermédiaires. Dans un cas exceptionnel (obs. XXXIII), le diamètre sagittal mesurait *4 centimètres!* On peut donc distinguer, quelle que soit d'ailleurs la configuration de la voûte, des naso-pharynx

1. 47 de ces coupes sur 60 ont été photographiées.

2. Nous avons mesuré le diamètre antéro-postérieur sur une ligne passant par l'insertion palatine du vomer et par l'arc antérieur de l'atlas, et la hauteur par la perpendiculaire abaissée sur cette ligne du point culminant de la voûte.

petits, moyens et grands, les premiers mesurant dans leur plus grand diamètre de 10 à 15 millimètres, les seconds de 15 à 25 millimètres, et les autres plus de 25 millimètres.

Sans doute ces chiffres sont arbitraires; mais ils se rapprochent plus de la vérité que les moyennes données par les livres classiques; car ces trois variétés volumétriques de naso-pharynx se rencontrent avec une fréquence sensiblement égale, et nous nous inscrivons en faux contre cette phrase que l'on trouve écrite partout : « Chez *la majorité* des sujets adultes, le diamètre antéro-postérieur du cavum mesure 2 centimètres et la hauteur, un peu moindre, 15 millimètres environ. »

La vérité est que les différences individuelles sont si grandes et si fréquentes qu'il y a lieu d'en tenir compte dans la pratique. Si, sur le vivant, on ne peut donner à quelques millimètres près les dimensions d'un naso-pharynx, l'exploration digitale permet au moins de dire s'il est grand ou petit, et c'est là une remarque assez importante à notre avis pour ne pas négliger de la faire.

Nous n'avons pas mesuré exactement les diamètres transversaux exprimés par la distance qui sépare les deux orifices tubaires; mais un fait que nous avons souvent noté, c'est la saillie parfois très considérable des lèvres, qui peut atteindre un demi-centimètre et plus et qui a naturellement pour effet de rétrécir considérablement le diamètre transversal moyen du cavum en augmentant d'autre part, il est vrai, la profondeur des fossettes de Rosenmüller.

Si, maintenant, nous considérons les variations de dimensions dans leurs rapports avec le sexe, nous voyons, d'après nos mensurations, que :

1° Ces différences volumétriques du cavum existent aussi fréquentes et aussi considérables dans l'un et l'autre sexe;

2° Le naso-pharynx de la femme ne paraît pas être plus petit que celui de l'homme. C'est chez elle, au contraire, que nous avons observé les plus grandes dimensions.

B. Variations morphologiques. — Plus intéressantes sont les variations morphologiques de la voûte naso-pharyngienne que nous allons maintenant décrire. Infinie en apparence, la diversité de ces formes peut cependant être ramenée à trois types principaux :

1° *Naso-pharynx à voûte cintrée.* — Dans un premier groupe, la voûte basilo-vomérienne présente une courbure

Fig. 1. — Naso-pharynx dit de configuration normale.

Coupe antéro-postérieure du crâne montrant : 1. Paroi postéro-supérieure du naso-pharynx avec 1' des végétations adenoïdes, — 2. Gouttière naso-pharyngienne; — 3. Portion supérieure du vomer, arête osseuse, — 4. Luette; — 5. Voûte osseuse palatine, — 6. Sinus sphénoïdal.

assez exactement demi-circulaire et peut être comparée à un plein cintre ou à un cintre légèrement surhaussé, nous les appellerons donc : *naso-pharynx à voûte cintrée.* Ce sont ces naso-pharynx dont la forme est représentée comme normale dans tous les traités d'anatomie. Elle est pourtant loin de correspondre à la majorité des cas : nous l'avons rencontrée 18 fois seulement sur 60 cadavres (11 hommes et 7 femmes).

2° *Naso-pharynx à voûte surbaissée.* — Sur d'autres naso-pharynx, nous sommes frappés de la faible hauteur de la voûte par rapport à sa base ; toutes proportions gardées, le diamètre antéro-postérieur s'est accru aux dépens du dia-

mètre vertical. La voûte basilo-vomérienne semble s'être affaissée; elle est comme aplatie de bas en haut. L'arc qu'elle décrit n'est plus celui d'un plein cintre, mais celui d'un cintre fortement surbaissé. Nous désignerons les naso-pharynx qui appartiennent à ce groupe sous le nom de : *naso-pharynx à voûte surbaissée.*

Nous en avons trouvé 15 cas (dont 8 femmes) sur 60.

Fig. 2. — Type de naso-pharynx à voûte surbaissée.

1. Paroi postéro-supérieure; — 2. Gouttière naso-pharyngienne, — 3. Bord postérieur du vomer; — 4. Luette; — 5. Voûte osseuse du palais; — 6. Sinus sphénoïdal.

3° *Naso-pharynx à voûte ogivale ou à récessus.* — Enfin, dans un troisième groupe de sujets, la configuration de la voûte basilo-vomérienne est exactement inverse de la précédente : il y a eu réduction du diamètre antéro-postérieur par rapport au diamètre vertical, qui est devenu prédominant.

Le cintre s'est transformé en ogive, et le naso-pharynx semble avoir subi dans l'ensemble un aplatissement d'avant en arrière.

Le résultat le plus remarquable de cet aplatissement est la formation, au niveau du sommet de la voûte, d'une sorte

d'excavation ou récessus parfois à peine accusé, d'autres fois, au contraire, très profond. L'extrémité du cul-de-sac est tantôt mousse, arrondie, tantôt anguleuse; on pourrait appeler les premiers récessus *digitaux* (parce qu'ils sont comparables à la cavité digitale du grand trochanter), et les seconds récessus *angulaires*. Quelquefois aussi, quand l'obliquité du bord postérieur du vomer est assez prononcée, l'extrémité

Fig. 3. — Naso-pharynx à recessus supérieur.

1. Paroi postéro-supérieure du naso-pharynx; — 2. Gouttière naso-pharyngienne; — 3 Portion postérieure du vomer, arête osseuse, — 4. Luette; — 5. Voûte osseuse palatine; — 6. Sinus sphénoïdal.
On aperçoit sur la paroi postérieure des restes de végétations en partie infiltrées.

supérieure de cet os formant cloison vient diviser le récessus en deux loges latérales : c'est ce qu'on pourrait appeler le récessus *biloculaire*.

En ce qui concerne le *siège* de ce récessus, il se trouve presque toujours placé dans l'angle formé par la jonction du vomer avec la surface sphéno-basilaire. Exceptionnellement, il semble creusé dans l'épaisseur des parties molles sous-basilaires (obs. XLVI et L).

Ce récessus, siégeant au sommet de la voûte naso-pharyngienne, doit donc être toujours supérieur; mais il peut être situé en avant ou en arrière.

En effet, dans cette réduction du diamètre antéro-postérieur du naso-pharynx, le grand axe de la cavité ne reste pas toujours vertical; il est souvent dévié plus ou moins, soit en avant, soit en arrière. Dans le premier cas, nous avons un récessus antéro-supérieur très rare (obs. LIII et LVII); dans le second, un récessus postéro-supérieur plus fréquent (obs. XLVI à LII).

Fig. 4. — Naso-pharynx à récessus postéro-supérieur.

1. Paroi postéro-supérieure du naso-pharynx avec 1' des végétations adénoïdes; — 2. Gouttière naso pharyngienne. 3. Portion postérieure du vomer, arête osseuse, — 4. Luette. — 5. Voûte osseuse palatine, — 6. Sinus sphénoïdal.

Cette variété de naso-pharynx, que nous appellerons *naso-pharynx à voûte ogivale* ou mieux *naso-pharynx à récessus*, paraît être la plus fréquente. Nous l'avons trouvée 26 fois sur les 60 sujets que nous avons examinés, soit 15 hommes et 11 femmes.

Enfin, chez un sujet (obs. LX), nous avons trouvé un naso-pharynx *quadrangulaire*, qui paraît être une exception. On peut cependant le faire rentrer dans le groupe des naso-pharynx à voûte légèrement surbaissée; il semble, en effet, que le sommet de la voûte ait subi un aplatissement de telle sorte que le toit du cavum, au lieu de se continuer avec le bord postérieur

du vomer d'une part, et la paroi postérieure, de l'autre, par une ligne courbe, fait avec eux un angle de 90° environ fortement émoussé. Cette conformation du naso-pharynx, si l'on en croyait les auteurs classiques, serait la plus fréquente de toutes, puisque, d'après leur description, le cavum affecterait une forme cuboïde.

En ce qui concerne la *fréquence* de ces différents types *suivant le sexe*, elle paraît sensiblement égale. Peut-être les naso-pharynx à voûte surbaissée seraient-ils un peu plus fréquents chez la femme; mais cette différence est bien minime. D'ailleurs, le nombre de cas que comporte notre statistique est trop peu élevé pour que nous puissions trancher la question avec quelque certitude.

Nous en avons fini avec la description des variétés morphologiques de la voûte naso-pharyngée. Nous le répétons, tous les naso-pharynx peuvent se ramener à l'un des trois types ci-dessus décrits; mais on aurait tort de croire qu'entre ces divers types les différences sont toujours très nettement tranchées : depuis le pharynx à voûte fortement surbaissée jusqu'au pharynx à récessus, à angle aigu, il existe tous les intermédiaires qui nous montrent la courbure de la voûte basilo-vomérienne allant en s'accentuant et s'excavant de plus en plus. Il y a des pharynx à voûte si peu surbaissée, à récessus si peu accentué qu'à la simple inspection on hésite à les différencier des naso-pharynx à voûte cintrée.

C. Facteurs anatomiques de ces variations. — Ces facteurs résident, cela va sans dire, dans les variations mêmes des éléments constitutifs de la voûte naso-pharyngienne, c'est-à-dire soit de la charpente osseuse (bord postérieur du vomer et surface sphéno-basilaire), soit des parties molles plus ou moins épaisses qui la tapissent; mais quelle est la part respective de chacun de ces deux facteurs dans les différences de forme et de dimensions du naso-pharynx? c'est ce que nous avons cherché à établir par l'étude de nos coupes.

Dans ce but, nous avons comparé à celles de la cavité revêtue de ses parties molles les particularités de forme et de dimensions des portions squelettiques de la voûte; nous avons soigneusement mesuré l'inclinaison du bord postérieur du vomer et de la surface basilaire sur le plan de la voûte palatine (angles palato-vomérien et palato-basilaire), ainsi que l'angle formé par la jonction du vomer avec la surface sphéno-basilaire (angle basilo-vomérien).

Nous avons noté ensuite l'épaisseur plus ou moins considérable des parties molles (muqueuse, muscles et trousseau fibreux) et cette étude comparative nous a permis d'énoncer les propositions suivantes:

a) *En ce qui concerne les dimensions.* — Dans deux tiers des cas environ, les dimensions de la cavité pharyngienne varient avec celles de la voûte osseuse basilo-vomérienne; mais ces variations sont loin d'être rigoureusement proportionnelles: les variations squelettiques sont moins accusées que celles des parties molles. Aussi, dans près d'un tiers des cas, cette règle se trouve en défaut, c'est-à-dire que, pour une même dimension de la voûte osseuse, on peut avoir des naso-pharynx petits, moyens ou grands. D'où il suit que dans les dimensions de la cavité naso-pharyngienne les parties molles ont une influence presque aussi considérable que le squelette.

Quoi qu'il en soit, l'influence de celui-ci tient:

1° A la hauteur plus ou moins grande du bord postérieur du vomer;

2° A la longueur de la surface sphéno-basilaire;

3° A l'écartement de cette surface et de ce bord osseux;

4° A des particularités morphologiques ayant trait soit à la surface sphéno-basilaire, qui peut être exhaussée au lieu d'être plane, soit au bord postérieur du vomer, qui peut être plus ou moins concave ou présenter même, au milieu de sa hauteur, une légère saillie (obs. LVII et LX). Mais ces particularités n'ont pas grande importance.

Quant aux causes d'ordre plus général (conformation cranienne, sexe, race, etc.) dont relèvent ces variations squelettiques, nous n'avons pas à les rechercher; elles ont été étudiées à fond par Escat [1], et nous ne pouvons mieux faire que de renvoyer le lecteur au remarquable travail de cet auteur.

Les variations volumétriques du cavum dues aux différences d'épaisseur des parties molles sont, avons-nous dit, très considérables; tandis, en effet, que chez certains sujets celles-ci forment une mince membrane de 2 à 3 millimètres d'épaisseur, chez d'autres elles constituent un épais tapis dont la tranche atteint jusqu'à 1 centimètre et demi de profondeur.

Il est à peine besoin d'insister sur la réduction de la cavité qui en est la conséquence; nous avons constaté que, dans tous les cas où l'on était en présence de *grands* naso-pharynx, les parties molles étaient *très réduites* (obs. XI, XII, XIII, XXVI, XXX, XXXI, XLIX et LX).

Au contraire, avec des parties molles *épaisses*, on ne trouve que des naso-pharynx *petits* ou *moyens*.

Il va sans dire que c'est à la partie postérieure ou postéro-supérieure de la paroi que s'observent exclusivement ces variations d'épaisseur des parties molles; elles sont dues à l'hypertrophie ou à l'atrophie soit de la muqueuse, soit des muscles constricteurs, soit du trousseau fibreux prébasilaire.

Dans le premier cas, il s'agit toujours d'infiltration adénoïdienne de la muqueuse, siégeant au niveau du toit, et c'est la hauteur du cavum qui se trouve réduite; dans les autres cas, la réduction peut porter indifféremment soit sur le diamètre vertical, soit sur le diamètre antéro-postérieur, suivant le siège supérieur ou inférieur de l'hypertrophie.

Transversalement, les dimensions du naso-pharynx varient

1. Escat, *loc. cit.*, p. 31-42.

de même, non seulement avec la conformation cranienne de l'individu, mais avec la saillie plus ou moins considérable des lèvres tubaires; cette saillie ne paraît être en rapport ni avec les dimensions, ni avec la configuration de la voûte naso-pharyngienne.

b) *En ce qui concerne les variétés de forme.* — Ici encore nous retrouvons la double influence combinée des os et des parties molles. Il semble cependant que l'importance de la voûte osseuse soit prépondérante et qu'à une condition déterminée de la structure de cette voûte corresponde tel ou tel type de naso-pharynx : ce facteur n'est autre chose que l'ouverture plus ou moins considérable de l'angle formé par le bord postérieur du vomer avec la surface sphéno-basilaire, et que nous avons appelé angle basilo-vomérien.

Dans le naso-pharynx à *voûte cintrée,* cet angle oscille entre 80 et 90°.

Le vomer se rapproche de la verticale, et son obliquité, lorsqu'elle est plus prononcée, est compensée par un relèvement de la surface basilaire qui tend, à son tour, à devenir verticale.

Dans les naso-pharynx à *voûte surbaissée,* cet angle s'ouvre, et bien qu'il puisse varier de 90 à 140°, oscille en moyenne autour de 100°.

Le bord postérieur du vomer, fortement oblique, paraît s'insérer non plus vers le corps du sphénoïde, mais sur la surface basilaire.

Celle-ci s'incline également sur le plan de la voûte palatine. Au contraire, dans les naso-pharynx à récessus aplatis dans le sens antéro-postérieur, l'angle basilo-vomérien se ferme, et bien que l'on note de très grands écarts, il est inférieur à 80° lorsque le récessus est très accusé.

Le vomer, très souvent vertical ou presque, peut cependant être oblique, et ce degré d'inclinaison du bord postérieur du vomer paraît avoir une grande influence sur la détermination du siège du récessus : quand le bord est à

peu près vertical (angle palato-vomérien = 80°), le récessus est *directement* supérieur (obs. XXXIX à XLIV).

Lorsqu'il est absolument vertical (angle palato-vomérien = 90°, obs. LIII) ou que, d'abord oblique, il se relève pour aller s'insérer très haut sur le corps du sphénoïde (obs. LVII), le récessus devient *antéro-supérieur*. Enfin, s'il est au contraire assez fortement oblique (angle palatino-vomérien = 80°), le récessus se trouve *postéro-supérieur* (obs. XLVII, XLVIII, XLIX, LI, LII, LVI et LIX).

Quant à la concavité plus ou moins prononcée de ce bord ou la saillie qu'il peut présenter, ce sont des détails sans importance.

Il est à peine besoin d'ajouter que les règles que nous venons de formuler souffrent de nombreuses exceptions; elles ne se confirment guère que dans les trois quarts des cas; et même lorsqu'elles se trouvent exactes, il s'en faut qu'il y ait une corrélation rigoureuse entre les variations de l'angle basilo-vomérien sur le squelette et ce même angle sur le sujet revêtu de ses parties molles.

Celles-ci, en effet, suivant le degré de leur épaisseur, suivant surtout le siège supérieur (sous-basilaire) ou inférieur (pré-occipito-atloïdien) de l'épaississement, modifient profondément l'aspect de la coupe.

C'est ainsi que des végétations adénoïdes ou un développement exagéré du trousseau fibreux sous-basilaire font, d'un naso-pharynx cintré ou à voûte ogivale, un naso-pharynx à voûte surbaissée (obs. XIX, XXI, XXV), et que la proéminence des parties molles fibro-musculaires situées en avant de l'articulation atloïdo-occipitale peuvent transformer un naso-pharynx à voûte surbaissée en cavum à récessus postéro-supérieur (obs. XLVI, L et LII).

Tous ces faits prouvent surabondamment que, s'il est possible, ainsi que l'a montré Escat, de déterminer la forme de la voûte osseuse du naso-pharynx en se basant sur la conformation cranienne, la race, le sexe, etc., de l'individu,

cette connaissance est insuffisante pour se faire une idée de la configuration réelle du naso-pharynx, par suite de la fréquence et de l'étendue, impossibles à prévoir, des variations des parties molles.

OBSERVATIONS CADAVÉRIQUES[1]

Examens faits sur des coupes sagittales et médianes de la tête et du cou.

Premier Groupe.

NASO-PHARYNX A VOUTE CINTRÉE

Observation I. — Femme adulte. Petit naso-pharynx à voûte demi-circulaire. Diamètre antéro-postérieur (mesuré sur une ligne passant par l'insertion palatine du vomer et par l'arc antérieur de l'atlas): 15 millimètres. Hauteur (mesurée par la perpendiculaire abaissée du point culminant de la voûte sur la ligne précédente): 10 millimètres. Vomer presque vertical. Angle palato-vomérien: 80°. Surface basilaire relevée. Angle basilo-vomérien: 80°. Parties molles (muqueuse, muscles et trousseau fibreux) sous-basilaires *épaisses*. Lèvres tubaires peu saillantes.

Obs. II. — Femme adulte. Petit naso-pharynx à voûte cintrée. Diamètre antéro-postérieur : 16 millimètres. Hauteur antéro-postérieure: 12 millimètres. Vomer légèrement oblique. Angle palato-vomérien: 65°. Surface basilaire peu relevée. Angle basilo-vomérien: 100°. Parties molles peu épaisses. Trompes peu saillantes. Choanes normales.

Obs. III. — Homme adulte. Voûte pharyngée demi-circulaire. Diamètre antéro-postérieur: 14 millimètres. Hauteur: 10 millimètres. Vomer sensiblement vertical. Angle palato-vomérien: 75°. Angle basilo-vomérien: 95°. Parties molles sous-basilaires épaisses. Lèvres de la trompe et choanes normales.

Obs. IV. — Vieillard, homme. Coupe du cavum comparable à un cintre surélevé. Diamètre antéro-postérieur : 16 millimètres. Hauteur: 13 millimètres. Vomer légèrement oblique. Angle palato-vomérien: 50°. Angle basilo-vomérien : 90°. Parties molles sous-basilaires peu épaisses. Lèvres de la trompe peu saillantes.

1. Les principaux types ont été réunis en un album par les auteurs de cet article.

Obs. V. — Homme adulte. Voûte pharyngienne demi-circulaire. Diamètre antéro-postérieur : 16 millimètres. Hauteur : 13 millimètres. Vomer sensiblement vertical, inséré haut sur le corps du sphénoïde. Angle palato-vomérien : 80°. Angle basilo-vomérien : 90°. Parties molles sous-basilaires peu épaisses. Lèvre postérieure de la trompe saillante. Choanes normales.

Obs. VI. — Homme adulte. Coupe du naso-pharynx en forme de demi-cercle ou de plein cintre. Petit naso-pharynx. Diamètre antéro-postérieur : 16 millimètres. Hauteur : 13 millimètres. Vomer à peu près vertical inséré haut. Angle palato-vomérien : 80°. Apophyse basilaire relevée. Angle basilo-vomérien : 90°. Parties molles sous-basilaires épaisses. Lèvre postérieure de la trompe saillante. Choanes normales.

Obs. VII. — Femme adulte. Coupole naso-pharyngienne assez régulièrement demi-circulaire. Diamètre antéro-postérieur : 19 millimètres. Hauteur : 15 millimètres. Vomer légèrement oblique, inséré haut. Angle palato-vomérien : 60°. Angle basilo-vomérien : 80°. Lèvres de la trompe saillantes, surtout la lèvre postérieure. Choanes normales. Tissu adénoïde à la partie postéro-supérieure de la voûte.

Obs. VIII. — Femme adulte. Coupole naso-pharyngienne bien cintrée. Diamètre antéro-postérieur : 19 millimètres. Hauteur : 16 millimètres. Vomer inséré haut. Angle palato-vomérien : 75°. Angle basilo-vomérien : 80°. Parties molles sous-basilaires forment une couche d'une très faible épaisseur. Lèvre postérieure de la trompe très saillante.

Obs. IX. — Homme adulte. Voûte naso-pharyngienne demi-circulaire. Diamètre antéro-postérieur : 20 millimètres. Hauteur : 15 millimètres. Vomer inséré haut. Angle palato-vomérien : 70°. Angle basilo-vomérien : 80°. Parties molles sous-basilaires de faible épaisseur. Trompe et choanes normales.

Obs. X. — Homme adulte. La coupe du naso-pharynx représente une courbe régulièrement demi-circulaire. Diamètre antéro-postérieur : 20 millimètres. Hauteur : 14 millimètres. Vomer légèrement oblique. Angle palato-vomérien : 70°. Angle basilo-vomérien : 80°. Les parties molles sous-basilaires sont peu développées. Lèvre postérieure de la trompe très saillante. Choanes normales.

Obs. XI. — Homme adulte. Vaste naso-pharynx dont la coupe verticale forme un plein cintre presque parfait. Diamètre antéro-

postérieur : 29 millimètres. Hauteur : 22 millimètres. Vomer légèrement oblique, inséré haut. Angle palato-vomérien : 60°. Angle basilo-vomérien : 80°. Les parties molles sous-basilaires forment une couche très mince. L'orifice de la trompe est très large, sa lèvre postérieure très saillante. Choanes normales.

Obs. XII. — Homme adulte. La coupe du naso-pharynx représente assez exactement un demi-cercle. Diamètre antéro-postérieur : 25 millimètres. Hauteur : 16 millimètres. Vomer oblique, mais inséré haut. Angle palato-vomérien : 60°. Angle basilo-vomérien : 80°. Parties molles sous-basilaires forment une couche très mince. Bourrelet postérieur de la trompe saillant. Choanes regardent en bas et en arrière.

Obs. XIII. — Femme adulte. Vaste pharynx à voûte basilo-vomérienne *demi-circulaire*. Diamètre antéro-postérieur : 22 millimètres. Hauteur : 16 millimètres. Vomer légèrement oblique. Angle palato-vomérien : 50°. Angle basilo-vomérien : 95°. Parties molles *sous-basilaires* ont une très faible épaisseur. Orifice de la trompe très large. Lèvre postérieure saillante.

Obs. XIV. — Homme adulte. Pharynx à voûte demi-circulaire bien cintrée. Diamètre antéro-postérieur : 20 millimètres. Diamètre vertical : 15°. Vomer légèrement oblique. Angle palato-vomérien : 60°. Angle basilo-vomérien : 90°. Parties molles sous-basilaires épaisses. Lèvres de la trompe saillantes.

Les coupes de naso-pharynx ci-dessus décrites ont été photographiées.

Dans quatre autres cas où la photographie n'a pas été faite, mais où l'examen du naso-pharynx a été consciencieusement pratiqué, la conformation a été trouvée absolument normale ; de dimensions moyennes, le cavum affectait une courbe régulièrement demi-circulaire, le vomer étant sensiblement vertical et l'apophyse basilaire relevée d'environ 45° sur le plan du trou occipital, comme dans les observations précédentes. Il s'agissait de deux hommes, l'un de vingt-cinq ans : obs. XV, l'autre de soixante-cinq ans : obs. XVI ; et de deux femmes, l'une âgée de soixante-cinq ans : obs XVII, et l'autre de soixante-six ans : obs. XVIII.

Deuxième Groupe

PHARYNX A VOUTE SURBAISSÉE

Obs. XIX. — Homme adulte. Petit pharynx à voûte basilo-vomérienne très légèrement surbaissée. Diamètre antéro-postérieur : 16 millimètres. Diamètre vertical : 9 millimètres. Vomer oblique. Angle palato-vomérien : 40°. Apophyse basilaire très relevée. Angle basilo-vomérien : 100°. Parties molles sous-basilaires épaisses. Trompes saillantes.

Obs. XX. — Homme adulte. Pharynx à voûte légèrement surbaissée. Diamètre antéro-postérieur : 18 millimètres. Diamètre vertical : 9 millimètres. Vomer légèrement oblique. Angle palato-vomérien : 50°. Surface basilaire peu relevée. Angle basilo-vomérien : 100°. Parties molles sous-basilaires peu épaisses. Lèvres tubaires peu saillantes.

Obs. XXI. — Homme adulte. Pharynx à voûte légèrement surbaissée. Diamètre antéro-postérieur : 21 millimètres. Diamètre vertical : 12 millimètres. Vomer oblique. Angle palato-vomérien : 50°. Apophyse basilaire relevée. Angle basilo-vomérien : 110°. Parties molles sous-basilaires très épaisses : développement anormal de tissu adénoïde qui a déterminé cet affaissement de la voûte. Trompes saillantes.

Obs. XXII. — Homme adulte. Pharynx à voûte légèrement surbaissée. Diamètre antéro-postérieure : 20 millimètres. Diamètre vertical : 11 millimètres. Vomer oblique. Angle palato-vomérien : 40°. Apophyse basilaire relevée et épaisse. Angle basilo-vomérien : 100°. Parties molles sous-basilaires épaisses. Trompes saillantes.

Obs. XXIII. — Femme adulte. Pharynx à voûte surbaissée. Diamètre antéro-postérieur : 22 millimètres, Diamètre vertical : 11 millimètres. Vomer légèrement oblique. Angle palato-vomérien : 65°. Apophyse basilaire cintrée, se relève d'abord fortement sur le trou occipital, puis s'incline en avant pour former un angle palato-basilaire de 20° à peine, d'où abaissement de la voûte. Parties molles épaisses. Lèvres tubaires peu saillantes.

Obs. XXIV. — Homme adulte. Voûte basilo-vomérienne à large courbure. Diamètre antéro-postérieur : 22 millimètres. Hauteur : 11 millimètres. Vomer oblique, inséré bas. Angle palato-vomérien : 35°. Apophyse basilaire épaisse et fortement relevée. Angle

basilo-vomérien : 110°. Parties molles sous-basilaires épaisses. Lèvres tubaires saillantes.

Obs. XXV. — Homme adulte. Voûte naso-pharyngée surbaissée avec sommet angulaire. Diamètre antéro-postérieur : 22 millimètres. Hauteur : 12 millimètres. Vomer oblique. Angle palato-vomérien : 50°. Apophyse basilaire peu relevée. Angle basilo-vomérien : 110°. Parties molles sous-basilaires *très épaisses* : infiltration adénoïde de la muqueuse de la voûte, d'où réduction de la hauteur de l'arc basilo-vomérien. Lèvre postérieure de la trompe saillante.

Obs. XXVI. — Femme adulte. Grand pharynx à voûte fortement surbaissée. Diamètre antéro-postérieur : 24 millimètres. Hauteur : 11 millimètres. Vomer très oblique. Angle palato-vomérien : 30°. Apophyse basilaire épaisse, *presque horizontale*. Angle palato-basilaire : 15°. Angle basilo-vomérien : 140°. Parties molles sous-basilaires épaisses. Lèvres tubaires peu saillantes.

Obs. XXVII. — Homme adulte. Voûte pharyngée à large courbure. Diamètre antéro-postérieur : 26 millimètres. Hauteur : 12 millimètres. Vomer oblique. Angle palato-vomérien : 50°. Surface basilaire peu relevée. Angle basilo-vomérien : 110°. Parties molles sous-basilaires peu épaisses. Lèvre postérieure de la trompe assez saillante.

Obs. XXVIII. — Homme adulte. Naso-pharynx à voûte surbaissée. Diamètre antéro-postérieur : 24 millimètres. Hauteur : 12 millimètres. Vomer très légèrement oblique. Angle palato-vomérien : 70°. Surface basilaire peu relevée. Angle basilo-vomérien : 100°. Parties molles sous-basilaires peu épaisses. Lèvres tubaires peu saillantes.

Obs. XXIX. — Homme adulte. Naso-pharynx à voûte surbaissée. Diamètre antéro-postérieur : 26 millimètres. Hauteur : 14 millimètres. Vomer presque vertical. Angle palato-vomérien : 80°. Surface basilaire peu relevée. Angle basilo-vomérien : 100°. Parties molles sous-basilaires *très peu épaisses*. Lèvres tubaires peu saillantes.

Obs. XXX. — Femme adulte. Vaste naso-pharynx à voûte fortement surbaissée. Diamètre antéro-postérieur : 28 millimètres. Hauteur : 14 millimètres. Vomer oblique. Angle palato-vomérien : 35°. Surface basilaire peu relevée. Angle basilo-vomérien : 110°. Parties molles sous-basilaires très peu épaisses. Lèvres tubaires saillantes.

Obs. XXXI. — Femme adulte. Vaste naso-pharynx à voûte surbaissée. Diamètre antéro-postérieur : 31 millimètres. Hauteur : 14 millimètres. Vomer oblique. Angle palato-vomérien : 40°. Surface basilaire très peu relevée. Angle basilo-vomérien : 120°. Parties molles sous-basilaires peu épaisses. Vaste orifice tubaire. Lèvres peu saillantes.

Obs. XXXII. — Femme, trente-six ans. Petit naso-pharynx aplati dans le sens vertical. Diamètre antéro-postérieur : 15 millimètres. Hauteur : 7 millimètres. Vomer très oblique. Surface basilaire peu relevée. Parties molles sous-basilaires peu épaisses. Trompes normales.

Obs. XXXIII. — Femme, quarante et un ans. Naso-pharynx extraordinairement vaste. Diamètre antéro-postérieur : 4 centimètres. Hauteur : 77 millimètres. La voûte est donc fortement surbaissée. Vomer très oblique. Surface *basilaire* relevée de 45° environ sur le plan de la voûte palatine. Parties molles de *très faible* épaisseur. Trompes peu saillantes[1].

Troisième Groupe.

PHARYNX A RÉCESSUS

Obs. XXXIV. — Femme adulte. Très petit pharynx avec tendance à former un léger récessus supérieur. Diamètre antéro-postérieur : 10 millimètres. Hauteur antéro-postérieure : 11 millimètres. Vomer presque vertical. Angle palato-vomérien : 80°. Surface basilaire peu relevée. Angle basilo-vomérien : 80°. Parties molles sous-basilaires très épaisses. Lèvres tubaires peu saillantes.

Obs. XXXV. — Homme adulte. Naso-pharynx presque normal, à voûte très légèrement ogivale. Diamètre antéro-postérieur : 15 millimètres. Hauteur antéro-postérieure : 16 millimètres. Vomer très légèrement oblique. Angle palato-vomérien : 60°. Surface basilaire fortement relevée. Angle basilo-vomérien : 80°. Parties molles sous-basilaires assez épaisses. Lèvres tubaires saillantes.

Obs. XXXVI. — Homme adulte. Naso-pharynx à récessus angulaire supérieur. Cette conformation de la voûte pharyngée est ici l'effet du développement exagéré du tissu adénoïde dans la muqueuse de la voûte. Diamètre antéro-postérieur : 15 millimètres.

1. Les dernières coupes (Obs. XXXII et XXXIII) n'ont pas été photographiées.

Hauteur antéro-supérieure : 14 millimètres. Vomer oblique. Angle palato-vomérien : 50°. Surface basilaire peu relevée. Angle basilo-vomérien : 110°. Parties molles très épaisses; hypertrophie de l'amygdale pharyngienne. Trompes normales.

Obs. XXXVII. — Femme adulte. Naso-pharynx à voûte légèrement ogivale. Récessus à peine marqué. Diamètre antéro-postérieur : 21 millimètres. Hauteur antéro-postérieure : 20 millimètres. Vomer oblique. Angle palato-vomérien : 50°. Surface basilaire peu relevée. Angle basilo-vomérien : 100°. Parties molles sous-basilaires peu épaisses. Lèvre postérieure de la trompe saillante.

Obs. XXXVIII. — Femme âgée. Naso-pharynx à voûte ogivale formant un récessus angulaire supérieur. Diamètre antéro-postérieur : 22 millimètres. Hauteur antéro-postérieure : 21 millimètres. Vomer oblique; angle palato-vomérien : 50°. Surface basilaire moyennement relevée. Angle basilo-vomérien : 90°. Parties molles sous-basilaires épaisses (tissu adénoïde). Lèvres tubaires peu saillantes.

Obs. XXXIX — Femme adulte. Naso-pharynx moyen à récessus angulaire supérieur. Diamètre antéro-postérieur : 21 millimètres. Hauteur antéro-postérieure : 20 millimètres. Vomer légèrement oblique. Angle palato-vomérien : 60°. Surface basilaire modérément relevée. Angle basilo-vomérien : 90°. Parties molles sous-basilaires épaisses (tissu adénoïde). Trompes normales.

Obs. XL. — Femme adulte. Naso-pharynx moyen à voûte fortement ogivale, formant un récessus supérieur digital. Diamètre antéro-postérieur : 19 millimètres. Hauteur antéro-postérieure : 19 millimètres. Vomer presque vertical. Angle palato-vomérien : 80°. Angle basilo-vomérien : 80°. La surface basilaire est excavée : dirigée d'abord presque verticalement, elle se recourbe en avant pour se souder avec le corps du sphénoïde. Parties molles sous-basilaires épaisses. Trompes normales.

Obs. XLI. — Homme adulte. Petit naso-pharynx aplati d'avant en arrière, avec récessus digital supérieur. Diamètre antéro-postérieur : 10 millimètres. Hauteur antéro-postérieure : 14 millimètres. Vomer presque vertical. Angle palato-vomérien : 75°. Angle basilo-vomérien : 60°. Apophyse basilaire relevée. Parties molles épaisses (développement du traîneau fibreux). Trompes normales.

Obs. XLII. — Homme adulte. Naso-pharynx moyen à voûte fortement ogivale, formant un récessus angulaire supérieur. Diamètre

antéro-postérieur : 15 millimètres. Hauteur antéro-postérieure : 17 millimètres. Vomer presque vertical. Angle palato-vomérien : 80°. Surface basilaire inégale anfractueuse. Angle basilo-vomérien : 70°. Parties molles peu épaisses. Lèvres tubaires peu saillantes.

Obs. XLIII. — Homme adulte. Naso-pharynx à voûte aplatie dans le sens antéro-postérieur, formant un récessus digital supérieur. Diamètre antéro-postérieur : 12 millimètres. Hauteur antéro-postérieure : 15 millimètres. Vomer presque vertical. Angle palato-vomérien : 75°. Surface basilaire relevée. Angle basilo-vomérien : 70°. Parties molles sous-basilaires épaisses (développement du traîneau fibreux). Bourrelet de la trompe saillant.

Obs. XLIV. — Homme adulte. Naso-pharynx à voûte ogivale fortement aplatie d'avant en arrière. Récessus supérieur à angle aigu. Diamètre antéro-postérieur : 15 millimètres. Hauteur antéro-postérieure : 20 millimètres. Vomer presque vertical. Angle palato-vomérien : 80°. Surface basilaire relevée. Angle basilo-vomérien : 65°. Parties molles d'épaisseur normale. Trompes normales.

Obs. XLV. — Homme adulte. Pharynx moyen à diamètre antéro-postérieur relativement réduit. La voûte basilo-vomérienne représente un cintre fortement surélevé, formant un récessus digital peu accusé. Diamètre antéro-postérieur : 19 millimètres. Hauteur antéro-postérieure : 19 millimètres. Vomer légèrement oblique. Angle palato-vomérien : 55°. Surface basilaire relevée. Angle basilo-vomérien : 90°. Parties molles épaisses au niveau de l'articulation atloïdo-occipitale. Lèvres tubaires peu saillantes.

PHARYNX A RÉCESSUS POSTÉRO-SUPÉRIEUR

Obs. XLVI. — Femme adulte. Petit naso-pharynx à voûte cintrée, sauf à sa partie postéro-supérieure où il existe un très léger récessus semblant creusé dans les parties molles sous-basilaires. Diamètre antéro-postérieur : 14 millimètres. Hauteur : 14 millimètres. Vomer presque vertical. Angle palato-vomérien : 80°. Surface basilaire relevée. Angle basilo-vomérien : 80°. Parties molles épaisses, surtout en avant de l'articulation occipito-atloïdienne. Trompes normales.

Obs. XLVII. — Homme adulte. Naso-pharynx moyen à voûte représentant un cintre fortement surélevé et formant un récessus légèrement postéro-supérieur, peu accusé. Diamètre antéro-postérieur : 17 millimètres. Hauteur : 20 millimètres. Vomer légère-

ment oblique. Angle palato-vomérien : 65°. Surface basilaire relevée. Angle basilo-vomérien : 80°. Parties molles peu épaisses. Trompes normales.

Obs. XLVIII. — Homme adulte. Naso-pharynx à récessus postéro-supérieur peu accusé. Diamètre antéro-postérieur : 18 millimètres. Hauteur : 17 millimètres. Vomer oblique. Angle palato-vomérien : 40°. Surface basilaire assez relevée. Angle basilo-vomérien : 95°. Parties molles épaisses au niveau de l'articulation atloïdo-occipitale; minces, au contraire, sous la voûte sphéno-basilaire. Lèvres tubaires très saillantes.

Obs. XLIX. — Femme âgée. Vaste naso-pharynx à voûte rappelant un cintre surélevé fortement incliné en arrière; le récessus est à peine accusé. Diamètre antéro-postérieur : 23 millimètres. Hauteur : 21 millimètres. Vomer oblique. Angle palato-vomérien : 50°. Surface basilaire peu relevée. Angle basilo-vomérien : 100°. Parties molles sous-basilaires peu épaisses. Trompes normales.

Obs. L. — Homme adulte. Petit naso-pharynx aplati d'avant en arrière et un peu de bas en haut, d'où formation d'un récessus digital postéro-supérieur semblant creusé dans les parties molles sous-basilaires. Diamètre antéro-postérieur : 14 millimètres. Hauteur : 16 millimètres. Vomer oblique. Angle palato-vomérien : 55°. Surface basilaire fortement relevée. Angle basilo-vomérien : 80°. Parties molles peu épaisses sous la voûte sphéno-basilaire très épaisses au contraire en avant de l'articulation atloïdo-occipitale. Trompes normales.

Obs. LI. — Homme adulte. Naso-pharynx fortement aplati d'avant en arrière, à récessus digital postéro-supérieur. Diamètre antéro-postérieur : 11 millimètres. Hauteur : 16 millimètres. Vomer légèrement oblique. Angle palato-vomérien : 70°. Surface basilaire excavée à sa partie supérieure, se relève d'abord presque à *angle droit* sur le plan de la voûte palatine, puis s'incline en avant. Angle basilo-vomérien : 90°. Parties molles épaisses au niveau de l'excavation de l'apophyse basilaire. Trompes saillantes.

Obs. LII. — Homme adulte. Naso-pharynx moyen à vaste récessus peu profond, creusé dans l'épaisseur des parties molles, à la partie postéro-supérieure de la voûte. Diamètre antéro-postérieur : 22 millimètres. Hauteur : 21 millimètres. Vomer oblique. Angle palato-vomérien : 50°. Surface basilaire modérément relevée. Angle basilo-vomérien : 90°. Parties molles épaisses en avant de

l'articulation occipito-atloïdienne, minces au contraire sous la voûte sphéno-basilaire où elles s'excavent pour former le récessus. Trompes normales.

Obs. LIII. — Homme adulte. Naso-pharynx aplati d'arrière en avant et de haut en bas, d'où formation d'un *récessus digital antéro-supérieur*. Diamètre antéro-postérieur : 16 millimètres. Hauteur : 18 millimètres. Vomer absolument *vertical*. Angle palato-vomérien : 90°. Surface basilaire peu relevée. Angle basilo-vomérien : 70°. Parties molles sous-basilaires assez épaisses. Trompes normales.

Voici maintenant six autres observations de pharynx à récessus, où les mensurations exactes et les détails n'ont pas été notés comme dans les observations précédentes, mais où cependant la conformation du naso-pharynx a été relevée et représentée par une esquisse.

Obs. LIV. — Homme, quarante-sept ans. Naso-pharynx de grandes dimensions à voûte ogivale, formant un *récessus angulaire supérieur*. Vomer légèrement oblique.

Obs. LV. — Femme, vingt-cinq ans. Naso-pharynx moyen, à voûte ogivale, à grand axe oblique en haut et en arrière, formant ainsi un *récessus angulaire postéro-supérieur* (peu profond). Surface basilaire relevée de 40° environ sur le plan de la voûte palatine. Vomer oblique (angle palato-vomérien : 50° environ).

Obs. LVI. — Femme, soixante-quatre ans. Vaste naso-pharynx aplati d'avant en arrière, à grand axe oblique en haut et en arrière, d'où formation d'un léger récessus postéro-supérieur. Vomer légèrement oblique. Angle palato-vomérien d'environ 60°. Surface basilaire relevée. Angle palato-basilaire d'environ 50°.

Obs. LVII. — Homme, quarante-quatre ans Petit pharynx à *récessus antéro-supérieur* angulaire. Vomer légèrement oblique, présentant à mi-hauteur de son bord postérieur une saillie mousse, d'où aspect sinueux. Angle palato-vomérien : 70°. Apophyse basilaire relevée à 40° sur le plan de la voûte palatine.

Obs. LVIII. — Femme, quarante-six ans. Naso-pharynx moyen à voûte ogivale, d'où récessus supérieur assez marqué, digital. Vomer légèrement oblique.

Obs. LIX. — Femme, soixante-quinze ans. Pharynx moyen à récessus postérieur qui semble creusé dans l'épaisseur des parties molles en avant de l'articulation atloïdo-occipitale. Vomer oblique.

NASO-PHARYNX QUADRANGULAIRE

Obs. LX. — Nous rangeons à part, bien qu'elle se rattache aux naso-pharynx à voûte très légèrement surbaissée, la coupe suivante observée sur un vieillard:

La voûte naso-pharyngienne, au lieu de décrire une ligne courbe plus ou moins demi-circulaire, est plane à sa partie supérieure, ce qui détermine la formation de deux angles d'environ 90°, très mousses, l'un à l'union du vomer et du sphénoïde, l'autre en avant de l'articulation atloïdo-occipitale. L'ensemble de la coupe du naso-pharynx prend la forme d'un trapèze. Les dimensions sont les suivantes: Diamètre antéro-postérieur: 27 millimètres. Hauteur: 17 millimètres. Le bord postérieur du vomer, légèrement oblique, présente une saillie mousse qui lui donne un aspect sinueux. Angle palato-vomérien: 60°. Surface basilaire peu relevée. Angle basilo-vomérien: 90°. Parties molles sous-basilaires peu épaisses. Trompes normales.

(A suivre.)

REVUE GÉNÉRALE ET ANALYSES

NEZ ET PHARYNX NASAL

L'ozène, son traitement, d'après M. Bouroullec.

Ce travail est le résumé d'une thèse de Paris 1901, dans laquelle l'auteur fait une revue des traitements successivement proposés par différents auteurs contre l'ozène. Après avoir exposé les différentes méthodes connues, M. Bouroullec conclut que, pour le moment, l'électrolyse est le traitement de choix de l'ozène. (*Gaz. des hôpit.*, n° 108, sept. 1901.)

Dr F. Ardenne.

LARYNX ET TRACHÉE

Tuberculose primitive du pharynx et du larynx. Deux cas guéris *(Primary pharyngeal and laryngeal tuberculose. Two cases cured)*, par le Dr J. W. Gleitsmann.

1° Femme âgée de trente-huit ans, sans antécédents héréditaires, souffrait depuis deux semaines de douleurs pendant la déglutition. A l'inspection, on trouve une ulcération, du volume d'un pois, du côté gauche de la base de la langue. L'examen

des poumons, pratiqué à cette époque, ainsi que plus tard et à plusieurs reprises, n'a révélé rien d'anormal. La syphilis pouvait être exclue d'une façon absolue. On fait le curettage de l'ulcération, et le tissu curetté est soumis à l'examen bactériologique qui montre la présence de nombreux bacilles de Koch.

L'ulcération est encore curettée à plusieurs reprises, frottée à l'acide lactique, touchée au galvanocautère, et, sous l'influence de ce traitement, elle finit par guérir. Mais, quelque temps plus tard, une nouvelle ulcération se forme du côté droit de la base de la langue; elle guérit bientôt à son tour, grâce au même traitement. Il se forme alors une ulcération au niveau de la partie postérieure de l'amygdale gauche; elle est recouverte par un lambeau de tissu sain, de sorte qu'elle n'est visible que lorsqu'on écarte ce lambeau à l'aide d'une pince. Quelques jours plus tard, toute la surface linguale de l'épiglotte devient hyperhémiée, épaissie, comme œdématiée. L'examen avec la sonde montre qu'il n'existe pas d'infiltration vraie. Cet état persiste pendant tout le mois suivant, pendant lequel la malade perd 10 livres, et la dysphagie devient très prononcée. Les liquides refluent par le nez. Les poumons sont toujours intacts. On fait des scarifications de l'épiglotte, mais sans résultat. Au bout de quelque temps, l'infiltration de la surface linguale de l'épiglotte est remplacée par une vaste ulcération qui ne laisse intacte qu'une petite étendue de tissu sain au niveau du bord libre du cartilage. Mais bientôt l'épiglotte est prise dans sa totalité, l'ulcération s'étend au ligament ary-épiglottique gauche, et une autre se forme sur le pilier antérieur du même côté. L'état de la malade étant très grave, on a recours à un traitement énergique, consistant en curettage radical, sans se préoccuper de l'hémorragie, de toutes les ulcérations et frottement avec l'acide lactique pur. Le lendemain, la malade se trouve soulagée, et, au bout de trois jours, on constate partout un commencement de cicatrisation. Au bout de huit jours, la guérison était complète et la dernière eschare éliminée. Il s'est encore formé, depuis cette époque, deux petites ulcérations, qui n'ont pas tardé à disparaître à la suite du même traitement. La malade se porte parfaitement bien depuis trois ans.

2° Femme âgée de trente-huit ans, sans antécédents hérédi-

taires. Commence à éprouver, au mois de juin 1897, une sensation de plénitude dans la gorge; son médecin dit avoir constaté à cette époque une ulcération dans sa gorge; une légère dysphagie fit apparition vers le milieu de septembre. L'auteur la vit à la fin du mois d'octobre : pas de fièvre, absence complète de symptômes pulmonaires (l'examen répété de la poitrine, pratiqué plus tard, a toujours donné le même résultat négatif); la malade a perdu 8 livres.

Examen laryngoscopique. — Tout le bord libre de l'épiglotte est recouvert d'une ulcération couleur de miel; la région aryténoïde droite est ulcérée et épaissie, et la bande ventriculaire du même côté infiltrée. La malade séjourna pendant quelque temps à l'hôpital, où l'on réussit à remonter son état général à l'aide de lavements nutritifs, ce qui permit d'exciser, à l'aide des curettes doubles de Heryng, tout le bord ulcéré de l'épiglotte et une grande partie de la région aryténoïde droite. L'opération n'a été suivie d'aucune réaction, ni de fièvre, ni de douleurs, et rendit plus facile la déglutition et la nutrition. L'infiltration du côté droit du larynx s'étant étendue postérieurement et latéralement vers la paroi externe (œsophagienne) du larynx, et de là dans le sinus pyriforme, on pratiqua un second curettage qui, particulièrement dans cette dernière région, fut assez difficile. La plaie résultée de cette dernière opération, étant assez étendue et située profondément, ne guérit que lentement et était complètement cicatrisée vers la fin du mois de décembre 1897. Grâce à ces interventions, vingt et un morceaux de tissu tuberculeux furent enlevés, et depuis ce temps, sauf une légère ulcération intercurrente du cartilage aryténoïde droit et les complications pharyngées qui en étaient résultées, le larynx présentait un aspect normal, l'infiltration de la bande ventriculaire droite ayant disparu spontanément et la corde vocale correspondante étant devenue visible pour la première fois en février 1898.

En janvier de la même année, apparut une infiltration suspecte de la moitié droite de la base de la langue qui, légère au début, finit par s'aggraver, et toute l'année fut employée à combattre l'affection pharyngée, qui se montra beaucoup plus grave que la laryngée. Vu la tendance aux hémorragies, on

pratiqua au début deux injections sous-muqueuses d'acide lactique à 50-75 o/o; le résultat immédiat fut bon, la malade se trouvait mieux et a gagné considérablement pendant les mois de février et de mars. Elle espaça ses visites, et on fut très surpris de trouver, vers le milieu d'avril, une vaste et profonde ulcération sur la base de la langue, dans le voisinage de la ligne médiane. Peu à peu toute la base de la langue fut envahie. La malade souffrait beaucoup et commençait à se cachectiser. On ordonna immédiatement des lavements nutritifs, des toniques, on fit des insufflations d'iodoforme, on pratiqua le curettage à six reprises et deux injections sous-muqueuses d'acide lactique pur; plus tard, on fit des attouchements au parachlorophénol. Vers le milieu d'octobre, l'ulcération linguale était guérie et cicatrisée; mais, dans le courant de novembre, survinrent une infiltration du pilier postérieur gauche et une petite ulcération sur l'amygdale du même côté; ces phénomènes ne furent que de très courte durée, et, en décembre 1898, la malade était complètement guérie. Elle se porte bien depuis plus de deux ans, et son poids est supérieur à ce qu'il était avant sa maladie. (Tirage à part de *Journ. of tuberculosis*, avril 1901.)

Dr JANKELEVITCH.

Ulcérations syphilitiques du larynx *(Syphilitic ulcers of the larynx)*, par le Dr L. T. LEWALD.

La malade, âgée de trente-six ans, est apportée à l'hôpital, en proie à une dyspnée intense. Elle était sans connaissance, et la trachéotomie fut aussitôt pratiquée au niveau du troisième anneau de la trachée. Elle meurt deux heures après. L'examen laryngoscopique n'a pu être pratiqué, mais le médecin ordinaire de la malade soupçonnait une lésion syphilitique du larynx. A l'autopsie, on constata un léger œdème des régions aryténoïdiennes, le cœur était dilaté et flasque. C'est probablement la dilatation du cœur qui a été la cause de la mort, la dilatation elle-même ayant été déterminée plutôt par une dyspnée prolongée que par une asphyxie immédiate. Le larynx lui-même était le siège de deux ulcérations, dont l'une, entourée d'une zone très infiltrée et mesurant 3 centimètres sur 1 centimètre, était située sur la face antérieure du larynx,

au niveau du cartilage cricoïde; l'autre, mesurant 4 centimètres sur 2 centimètres, siégeait sur sa face latérale, près du cartilage thyroïde, au-dessous des cordes vocales. Les deux ulcérations présentaient une surface irrégulière, déchiquetée, et des bords grisâtres. La coupe d'une de ces ulcérations montra l'existence d'une nécrose superficielle et d'une infiltration de cellules rondes dans les couches profondes. Il n'existait nulle part dans l'organisme aucun signe de tuberculose. Les ganglions lymphatiques présentaient généralement une hyperplasie, de nature apparemment syphilitique. (*Med. Record*, 7 septembre 1901.)

Dr JANKELEVITCH.

OREILLES

Un cas de sarcome du conduit auditif externe *(Di un sarcoma dell' condotto uditivo esterno)*, par le Dr U. NIZZI.

Ayant eu l'occasion d'observer un cas de sarcome primitif chez un garçon âgé de dix ans et l'ayant comparé aux autres cas analogues publiés jusqu'ici, l'auteur croit pouvoir formuler les conclusions suivantes :

1° Les sarcomes primitifs du conduit auditif et du pavillon de l'oreille sont rares; les sarcomes secondaires le sont encore davantage. Les uns et les autres peuvent survenir à n'importe quel âge.

2° Les causes d'irritation, de quelque nature qu'elles soient, jouent un rôle important dans la fièvre du sarcome primitif de l'oreille, comme dans celle de toutes les tumeurs malignes en général; nous savons, en effet, qu'un sarcome se développe toutes les fois que des causes spéciales d'irritation prédisposent un tissu à réagir sous l'influence de l'agent étiologique, de nature peut-être parasitaire du sarcome.

3° Le sarcome, à son début, peut être confondu avec beaucoup d'autres affections du conduit auditif. Le diagnostic, surtout au début de l'affection, est toujours absolument impossible, sans l'aide de l'examen microscopique. Toutes les fois qu'on se trouve en présence d'un soi-disant polype auriculaire, on fera bien d'en pratiquer l'examen microscopique, car rien dans ces cas n'est moins caractéristique ni plus trompeur que l'aspect macroscopique.

4° Le sarcome de l'oreille débute insidieusement et n'occasionne d'abord aucune douleur ; ce n'est que plus tard, lorsqu'il s'est étendu aux tissus voisins, qu'il devient la cause de sensations très pénibles et de douleurs atroces, dues à l'invasion des nerfs voisins.

5° L'évolution du sarcome ne dépend pas de la forme et des dimensions des cellules qui constituent sa structure intime, mais est en rapport direct avec la quantité plus ou moins grande des vaisseaux sanguins, des noyaux en voie de karioky-nèse et des parasites (blastomycètes) qui se trouvent dans le tissu néoplasique.

6° La propagation du sarcome du conduit auditif à l'oreille moyenne et à l'oreille interne ne se manifeste pas toujours par des symptômes cliniques nets ; on devra donc toujours être réservé quant au pronostic.

7° Ce dernier, à en juger par les cas publiés jusqu'ici, est toujours des plus défavorables ; cependant, en intervenant radicalement au début même de l'affection, on peut quelquefois obtenir une guérison plus ou moins durable. Mais, lorsque le sarcome a envahi la caisse et l'oreille interne et qu'il existe des symptômes de généralisation, il est inutile de tenter une intervention chirurgicale, l'ablation complète étant impossible.

8° Lorsque le sarcome est limité au conduit auditif, il faut, si l'on veut prévenir la reproduction de la tumeur, ne pas se contenter de la simple excision de la zone envahie, mais recourir au procédé radical, qui consiste à démolir largement aussi bien le conduit auditif lui-même que les régions voisines. (*Bollett. delle mal. dell' orecchio, etc.*, n° 9, 1901.)

Dr Jankelevitch.

L'audi-mutité, par M. Lannois, agrégé, médecin des hôpitaux, et G. Lévy, ex-interne des hôpitaux de Lyon.

Il existe (rarement il est vrai) des muets qui ne sont pas sourds. L'histoire de cette mutité sans surdité ne commence qu'avec Coen, de Vienne, qui, le premier, a décrit l'affection sous le nom d'alalie idiopathique.

L'enfant qui en est atteint ne présente aucun signe extérieur : il est d'aspect physique normal, d'apparence intellec-

tuelle intacte, n'a aucun trouble des organes périphériques de la parole, entend bien et comprend bien les ordres donnés verbalement. Malgré cela, ou bien il ne parle pas, ou du moins n'a pas un langage articulé en rapport avec son âge.

Les causes prédisposantes, comme la cause efficiente de cette affection, sont mal connues. L'âge des sujets varie de trois à douze ans; le sexe masculin est le plus souvent frappé; ce sont les enfants vigoureux qui sont habituellement atteints.

Malgré l'absence d'autopsie qui rend la pathogénie incertaine et hypothétique, deux courants d'opinion se sont fait jour. Les uns, admettant l'intégrité intellectuelle, cherchent une explication dans un trouble fonctionnel ou une lésion anatomique du centre de Broca. Les autres, admettant qu'il s'agit d'une forme légère d'idiotie, l'expliquent aisément par une prédominance des lésions au niveau de la F^3 gauche.

De toutes les opinions émises, il semble, pour le moment, impossible de tirer une conclusion ferme.

D'après les auteurs, il peut exister une forme de mutité sans surdité, de nature indéterminée, alalie idiopathique, mais le mutisme sans surdité peut aussi résulter de troubles physiques et psychiques divers, et même, dans certains cas, être la manifestation d'un certain degré d'arriération.

L'évolution de cette audi-mutité a une durée des plus variables; elle dépend du degré d'intelligence, de mémoire, d'attention, d'imitation du sujet, du milieu où il vit, de l'éducation qu'on lui donne.

Le traitement devra d'abord s'adresser aux causes apparentes saisissables, par exemple la faiblesse physique. Les amygdales volumineuses et les végétations adénoïdes seront soumises aux moyens habituels.

En l'absence de causes connues, utiliser le traitement minutieusement décrit par Itard, Coen et Gützman.

A la suite de leur travail, MM. Lannois et Lévy rapportent neuf observations personnelles de sujets atteints d'alalie idiopathique. (*Ann. des mal. de l'oreille,* janvier 1901.)

Dr G. Dupond.

VARIA

Sur un signe trachéoscopique des corps étrangers de l'œsophage *(Sopra un segno tracteoscopico dei corpi stranicri nell'esofago)*, par le Dr C. Poli.

Une malade, âgée de quatre-vingts ans, avale involontairement un os de poulet dont elle accuse la présence dans les portions supérieures du tube digestif. Lorsqu'on lui fait avaler une gorgée d'eau, elle éprouve des douleurs qui coïncident avec le troisième temps de la déglutition. L'examen laryngoscopique permet d'exclure la présence du corps étranger dans le pharynx. Mais on voit, à travers l'orifice laryngé, et au niveau du sixième ou du septième anneau trachéal, la paroi postérieure de la trachée projetée en avant sur une assez longue étendue et formant une sorte d'hémisphère obstruant en partie le calibre de cet organe. On attribue cette saillie de la trachée à la présence du corps étranger dans l'œsophage à cette hauteur. On introduit une sonde œsophagienne qui passe d'ailleurs sans rencontrer d'obstacle. Mais la malade se trouve immédiatement soulagée, et l'examen laryngoscopique, pratiqué aussitôt, après ne révèle plus l'image trachéoscopique signalée plus haut.

Ce signe a une certaine importance, car le corps étranger peut être assez volumineux pour refouler la paroi postérieure de la trachée, jusqu'à l'amener au contact de la paroi antérieure. Il en résulte une obstruction complète de la trachée, ce qui peut induire en erreur et faire croire à la présence du corps étranger dans les voies respiratoires. (Extr. du *Bollett. della R. Accad. med. di Genova*, XVI, 4.)

Dr Jankelevitch.

NOUVELLES

Nomination. — M. le Dr Victor Hinsberg a été nommé privatdocent d'oto-rhino-laryngologie à la Faculté de médecine de Breslau.

Bordeaux. — Impr. G. Gounouilhou, rue Guiraude, 11.

22e ANNÉE. N° 51. 21 DÉCEMBRE 1901.

REVUE HEBDOMADAIRE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

SUR QUELQUES PARTICULARITÉS MORPHOLOGIQUES DU NASO-PHARYNX

ÉTUDIÉES AU POINT DE VUE CLINIQUE

(Suite et fin[1]*)*

Par MM.

E. J. MOURE,
chargé de cours à l'Université de Bordeaux.

E. LAFARELLE,
ancien interne des Hôpitaux de Bordeaux.

CHAPITRE II

Résultats et commentaires des observations prises sur le vivant.

Nous venons de passer en revue les constatations faites sur des cadavres d'adultes. Notre intention était de faire cette même étude sur des cadavres d'enfants; malheureusement, il ne nous a pas été possible de nous en procurer, et nous sommes obligés, à notre grand regret, de nous contenter des résultats beaucoup moins précis fournis par l'examen clinique. Cet examen, quelque imparfait soit-il, suffit cependant pour nous permettre d'affirmer que les variations du naso-pharynx ci-dessus décrites chez l'adulte existent également chez l'enfant et l'adolescent.

1. Voir n° 50, du 14 décembre 1901.

Nos 92 observations[1] cliniques toutes prises sur des adénoïdiens, se répartissent comme suit:

a) Au point de vue du *sexe:* 60 sujets de sexe masculin, 32 du sexe féminin.

b) Au point de vue de l'*âge:* 59 individus au-dessus de 15 ans, 26 de 15 à 20 ans, 7 seulement au-dessus de 20 ans.

c) Au point de vue de la *conformation:* 30 naso-pharynx à voûte cintrée, 29 naso-pharynx à voûte surbaissée, 33 naso-pharynx à récessus; mais ce qu'il nous importe de connaître beaucoup plus que ce classement général, c'est la fréquence de chaque type de naso-pharynx suivant l'âge et le sexe.

A ce nouveau point de vue, nous obtenons les chiffres suivants. Le groupe des naso-pharynx à *voûte cintrée* comprend:

1° 18 sujets de sexe *masculin*, dont 12 âgés de moins de 15 ans, 5 âgés de 15 à 20 ans, 1 de plus de 20 ans.

2° 12 sujets de sexe féminin, dont 6 âgés de moins de 15 ans, 6 âgés de 15 à 20 ans.

Les naso-pharynx à *voûte surbaissée* comprennent:

1° 18 sujets de sexe *masculin*, dont 14 âgés de moins de 15 ans, 3 âgés de 15 à 20 ans, 1 de plus de 20 ans.

2° 11 sujets de sexe féminin, dont 9 âgés de moins de 15 ans, 2 âgés de 15 à 20 ans.

Enfin, dans le groupe des naso-pharynx à récessus, nous relevons:

1° 24 sujets de sexe *masculin*, dont 13 âgés de moins de 15 ans, 7 de 15 à vingt ans, 4 de plus de 20 ans.

2° 9 sujets de sexe *féminin*, dont 5 âgés de moins de 15 ans, 3 âgés de 15 à 20 ans, 1 âgé de plus de 20 ans.

1. Si nos observations cliniques sont relativement peu nombreuses, c'est que la plupart du temps ces variations n'avaient pas été notées. On se bornait à constater l'existence ou sinon l'absence de lésions naso-pharyngiennes sans faire un examen approfondi de la cavité. Tout au plus avait-on noté de temps à autre l'existence d'un récessus pour être fixé sur le mode d'intervention à employer. Ces notes n'ont donc été prises systématiquement à la clinique que durant les deux derniers mois qui ont précédé cette communication à la Société française (mars et avril 1901).

L'exposé de ces chiffres inspire les réflexions suivantes:

De o à 15 ans, le naso-pharynx à voûte surbaissée paraît être le type le plus fréquemment rencontré. Cette fréquence, qui a son maximum dans les premières années de la vie, va en diminuant avec l'âge; de sorte que, au-dessus de 15 ans, les naso-pharynx à voûte surbaissée deviennent les plus rares, et l'on rencontre surtout des naso-pharynx à récessus et des naso-pharynx à voûte cintrée. Ces deux derniers types prédominent dans le sexe masculin; le naso-pharynx à voûte surbaissée serait au contraire un peu plus fréquent chez les filles.

En ce qui concerne les dimensions, s'il est incontestable qu'elles varient avec l'âge et peut-être le sexe des sujets, il est surtout vrai qu'elles subissent des variations individuelles inexplicables; c'est ainsi que chez des sujets de même âge et de même sexe, on constate, comme chez l'adulte, des différences énormes.

Enfin nous avons noté, comme chez l'adulte, la saillie très variable des lèvres de la trompe. Cette proéminence peut être assez marquée pour obstruer partiellement les choanes. Dans quelques cas, très rares il est vrai, nous avons pu constater qu'elles venaient se mettre en contact avec le bord postérieur du vomer. Chez l'adulte, cette disposition est beaucoup plus rare, exceptionnelle même.

Nos constatations cliniques confirment, dans leur ensemble, les règles formulées par Escat, à savoir que: 1° la hauteur du naso-pharynx, très faible chez le nouveau-né, va en augmentant au fur et à mesure que le sujet avance en âge; 2° chez la femme, le diamètre vertical est relativement moins élevé que chez l'homme; son naso-pharynx rappelle donc le type infantile. Mais elles montrent aussi que ces règles n'ont rien d'absolu, et que les exceptions étant presque aussi nombreuses que les cas réguliers, on est obligé d'en tenir compte dans la pratique.

Notre étude n'a pas eu d'autre but que de mettre ce point en lumière.

OBSERVATIONS CLINIQUES

Premier Groupe.

NASO-PHARYNX A VOUTE CINTRÉE

Observation I. — Rosalie F..., seize ans. Étroitesse congénitale du naso-pharynx qui admet à peine l'index en largeur comme en hauteur. De chaque côté on est arrêté par les lèvres de la trompe, qui sont très saillantes. Les orifices choanaux sont très petits.

Obs. II. — Augusta L...., vingt ans. Naso-pharynx normal et voûte demi-circulaire.

Obs. III. — Jeanne L..., seize ans. Naso-pharynx normal comme voûte, mais avec trompes saillantes, oblitérant presque l'orifice choanal.

Obs. IV. — C.., homme, vingt-trois ans. Grand naso-pharynx normal.

Obs. V. — Henri B..., seize ans. Naso-pharynx normal à voûte demi-circulaire.

Obs. VI. — Emile R.. , douze ans. Naso-pharynx normal.

Obs. VII. — Yvonne S..., douze ans. Petit naso-pharynx normal.

Obs. VIII. — Armand B..., douze ans. Naso-pharynx normal à voûte demi-circulaire.

Obs. IX. — Henry B..., dix-huit ans. Grand naso-pharynx normal.

Obs. X. — Élia F..., fille, seize ans. Naso-pharynx à voûte bien cintrée. Lèvre postérieure de la trompe très saillante.

Obs. XI. — André Saint-M.. , trois ans. Naso-pharynx à voûte cintrée.

Obs. XII. — Marie S..., quatorze ans. Très petit naso-pharynx à voûte bien cintrée.

Obs. XIII. — Odette M.., douze ans. Naso-pharynx normal, c'est-à-dire à voûte demi-circulaire.

Obs. XIV. — Miriam M..., 9 ans. Grand naso-pharynx normal.

Obs. XV. — B..., garçon, dix-sept ans. Petit naso-pharynx à voûte cintrée. Choanes étroites et hautes.

Obs. XVI. — Armand D..., sept ans. Naso-pharynx normal.

Obs. XVII. — Paul P..., quinze ans. Naso-pharynx normal.

Obs. XVIII. — Suzanne C..., cinq ans. Grand naso-pharynx normal.

Obs. XIX. — Carloman D..., douze ans. Naso-pharynx normal.

Obs. XX. — L..., garçon, quatre ans. Grand naso-pharynx normal.

Obs. XXI. — Suzanne M..., six ans. Naso-pharynx à voûte cintrée.

Obs. XXII. — Madèleine J..., vingt ans. Naso-pharynx normal à voûte cintrée.

Obs. XXIII. — René E..., trois ans. Grand naso-pharynx normal à voûte cintrée.

Obs. XXIV. — Henri C..., onze ans. Naso-pharynx normal à voûte cintrée.

Obs. XXV. — Jean Ch..., quatorze ans. Vaste n so-pharynx à voûte arrondie.

Obs. XXVI. — Louise L..., seize ans. Naso-pharynx à peu près normal, à voûte cependant surélevée. Vomer presque vertical.

Obs. XXVII. — Henrica P..., fille, onze ans. Petit naso-pharynx à voûte cintrée.

Obs. XXVIII. — Gilbert C..., six ans. Naso-pharynx normal à voûte arrondie.

Obs. XXIX. — L..., garçon, cinq ans. Petit naso-pharynx à voûte cintrée.

Obs. XXX. — Valentin F..., dix-huit ans. Petit naso-pharynx à voûte cintrée.

Deuxième Groupe.

NASO-PHARYNX A VOUTE SURBAISSÉE

Obs. XXXI. — G..., quatorze ans, garçon, V. A. Naso-pharynx moyen, sans récessus. Le vomer est très oblique.

Obs. XXXII. — Maurice S.., trois ans et demi, V. A. Vaste naso-pharynx. Vomer presque horizontal. Insertion basilaire très basse.

Obs. XXXIII. — Marie R..., quatorze ans. Petit naso-pharynx à voûte surbaissée. Vomer presque horizontal. Pas de récessus.

Obs. XXXIV. — Daniel C..., trois ans. Naso-pharynx à voûte presque normale, surbaissée cependant, car le vomer est oblique et les orifices choanaux regardent en bas et en arrière.

Obs. XXXV. — Adolphe A..., huit ans. Naso-pharynx à voûte surbaissée. Vomer presque horizontal, à insertion basilaire très basse. Pas de récessus.

Obs. XXXVI. — Clovis A..., seize ans. Naso-pharynx à voûte surbaissée. Vomer oblique. Pas de récessus.

Obs. XXXVII. — Maurice C..., onze ans. Grand naso-pharynx, avec vomer presque horizontal. Pas de récessus.

Obs. XXXVIII. — Gustave L..., dix-sept ans. Petit naso-pharynx à voûte surbaissée, sans récessus. Vomer très oblique. Lèvres tubaires saillantes.

Obs. XXXIX. — Eugène B..., six ans. Naso-pharynx à voûte surbaissée. Le vomer, presque horizontal, divise le toit en deux loges.

Obs. XL. — Raoul de St-A..., vingt-deux ans. Vaste naso-pharynx à voûte surbaissée. Vomer très oblique. Pas de récessus.

Obs. XLI. — Roger P..., cinq ans. Petit naso-pharynx à voûte surbaissée. Vomer oblique.

Obs. XLII. — Marguerite B..., dix ans. Naso-pharynx à voûte aplatie, orifices choanaux presque horizontaux et petits. Vomer très oblique, presque horizontal.

Obs. XLIII. — Henriette B..., quatre ans. Grand naso-pharynx à voûte surbaissée. Vomer oblique. Choanes larges. Pas de récessus.

Obs. XLIV. — Marguerite C..., seize ans. Grand naso-pharynx à voûte légèrement surbaissée. Vomer oblique. Pas de récessus.

Obs. XLV. — Jean B..., douze ans. Vaste naso-pharynx à voûte surbaissée. Vomer très oblique.

Obs. XLVI. — Geneviève L..., trois ans. Petit naso-pharynx, avec vomer oblique.

Obs. XLVII. — Albert S..., six ans. Naso-pharynx à voûte surbaissée ; orifices choanaux très petits.

Obs. XLVIII. — Henri S..., six ans. Naso-pharynx à voûte surbaissée. Vomer très oblique.

Obs. XLIX. — Germaine B..., onze ans. Naso-pharynx à voûte surbaissée. Vomer presque horizontal.

Obs. L. — André L..., trois ans. Naso-pharynx à voûte très basse. Vomer presque horizontal.

Obs. LI. — Amélie L..., treize ans. Petit naso-pharynx à voûte très surbaissée. Vomer presque horizontal.

Obs. LII. — F..., fille, seize ans. Naso-pharynx à voûte surbaissée. Vomer très oblique. Pas de récessus.

Obs. LIII. — Edmond R..., sept ans. Naso-pharynx à voûte surbaissée. Vomer très oblique. Choanes regardent en bas et en arrière.

Obs. LIV. — Fernande F..., douze ans. Naso-pharynx à voûte surbaissée. Vomer très oblique.

Obs. LV. — Gaston F..., vingt ans. Naso-pharynx très étroit transversalement, et aussi très bas de voûte. Le vomer, très oblique, forme une cloison qui sépare le toit en deux compartiments.

Obs. LVI. — D..., garçon, huit ans. Naso-pharynx à voûte légèrement surbaissée. Vomer peu oblique.

Obs. LVII. — Renée M.-J..., sept ans, fille. Naso-pharynx à voûte aplatie. Vomer horizontal.

Obs. LVIII. — Georgette C..., huit ans. Naso-pharynx à voûte surbaissée. Vomer horizontal.

Obs. LIX. — V..., garçon, quatorze ans, aveugle. Crâne mal conformé, *brachycéphale* très prononcé. Naso-pharynx aplati *de haut en bas* (en sens inverse du crâne, par conséquent). Vomer horizontal ou presque.

Troisième Groupe.

NASO-PHARYNX A RÉCESSUS

Obs. LX. — Sylvain S..., huit ans. Naso-pharynx à récessus post-supérieur. Orifices choanaux regardent légèrement en bas et en arrière. Vomer oblique.

Obs. LXI. — Robert D..., cinq ans, V. A. Naso-pharynx à récessus supérieur.

Obs. LXII. — B..., garçon, douze ans. Petit naso-pharynx aplati d'avant en arrière, avec gouttières latérales.

Obs. LXIII. — Joseph B .., dix ans. Naso-pharynx très étroit, aplati d'avant en arrière, avec gouttières latérales.

Obs. LXIV. — René M..., onze ans. Naso-pharynx aplati d'avant en arrière, par suite de la proéminence de la paroi postérieure.

Obs. LXV. — Rodolphe M..., dix ans. Naso-pharynx à récessus.

Obs. LXVI. — Guillot M..., trente ans. Naso-pharynx à récessus supérieur.

Obs. LXVII. — Léonie L..., vingt-huit ans. Naso-pharynx à récessus antéro-supérieur, perceptible au toucher et au miroir. Vomer vertical.

Obs. LXVIII. — X..., homme, vingt-quatre ans. Naso-pharynx à récessus postéro-supérieur.

Obs. LXIX. — Henri T..., dix-neuf ans. Naso-pharynx aplati d'avant en arrière. Vomer oblique. Paroi postérieure proéminente, d'où formation d'un *récessus postéro-supérieur* très profond, à angle aigu.

Obs. LXX. — Daniel B..., treize ans. Naso-pharynx aplati d'avant en arrière avec saillie de l'atlas sensible au toucher. Récessus supérieur.

Obs. LXXI. — Elmire T..., quatorze ans. Naso-pharynx à récessus supérieur.

Obs. LXXII. — L..., homme, vingt-sept ans. Naso-pharynx à récessus supérieur, aplati d'avant en arrière.

Obs. LXXIII. — André R..., trente et un ans. Naso-pharynx à récessus supérieur.

Obs. LXXIV. — Lucien V..., dix ans. Naso-pharynx réduit dans le sens antéro-postérieur. Léger récessus supérieur.

Obs. LXXV. — Jules P..., seize ans. Naso-pharynx à récessus postéro-supérieur.

Obs. LXXVI. — Georges D..., dix-neuf ans. *Naso-pharynx à récessus angulaire postéro-supérieur*. Le bord postérieur du vomer très épais, très oblique, forme avec la paroi postérieure du naso-pharynx un angle très aigu où se trouvent les V. A.

Obs. LXXVII. — Frère J..., dix-huit ans. Naso-pharynx à vaste récessus postéro-supérieur. Choanes hautes et étroites.

Obs. LXXVIII. — Louise B..., vingt ans. Naso-pharynx avec léger récessus postéro-supérieur. Vomer légèrement oblique.

Obs. LXXIX. — Marie-Louise B..., douze ans. Naso-pharynx à récessus postéro-supérieur. Vomer oblique.

Obs. LXXX. — Roger F..., neuf ans. Naso-pharynx à récessus.

Obs. LXXXI. — Henriette P..., huit ans. Naso-pharynx aplati d'avant en arrière, d'où *récessus* angulaire postéro-supérieur. Vomer légèrement oblique.

Obs. LXXXII. — Gracieuse H..., quinze ans. Naso-pharynx à récessus angulaire supérieur, voûte ogivale.

Obs. LXXXIII. — Louise M..., treize ans. Naso-pharynx à récessus postéro-supérieur. Vomer oblique.

Obs. LXXXIV. — Gabriel C..., neuf ans. Vomer très oblique. Très léger récessus postéro-supérieur.

Obs. LXXXV. — Robert G..., quatorze ans. Naso-pharynx à récessus postéro-supérieur.

Obs. LXXXVI. — Fernand P..., dix-sept ans. Naso-pharynx à récessus postéro-supérieur, à angle aigu. Vomer très oblique.

Obs. LXXXVII. — Gaston T..., neuf ans. Naso-pharynx à récessus.

Obs. LXXXVIII. — Paula D..., seize ans. Naso-pharynx étroit et aplati d'avant en arrière.

Obs. LXXXIX. — Henri L..., douze ans. Naso-pharynx à récessus.

Obs. XC. — Omer C..., quinze ans. Naso-pharynx à voûte ogivale.

Obs. XCI. — Fernand S..., quinze ans. Naso-pharynx à récessus postéro-supérieur. Le vomer, oblique, présente à mi-hauteur de son bord postérieur une sorte d'éperon.

Obs. XCII. — Marthe B..., onze ans. Naso-pharynx à récessus antéro-supérieur. Le vomer semble avoir dépassé la verticale et être oblique en haut et en avant de sorte que les choanes regardent à la fois en haut et en arrière. De plus, le bord du vomer est très excavé et difficilement accessible au doigt.

CHAPITRE III

Déductions pratiques.

Des constatations anatomiques qui précèdent découlent d'elles-mêmes un certain nombre de conclusions pratiques.

On comprend tout d'abord qu'étant donnée la diversité de forme et de dimensions du naso-pharynx, on ne pourra pas opérer dans cette région avec un instrument unique comme dimensions et comme forme : c'est ainsi que les curettes dites *électriques*, qui peuvent bien saisir le gros des végétations (si ces dernières sont très saillantes et pour ainsi dire pédiculées) dans un naso-pharynx à voûte cintrée ou surbaissée, les entameront à peine et les laisseront en presque totalité s'il s'agit d'un naso-pharynx à récessus. Comment, en effet, serait-il possible, avec un pareil instrument, de pénétrer jusqu'au fond de la cavité, souvent étroite et profonde, pour nettoyer certains récessus supérieurs, ou même les fossettes de Rosenmüller, quand les trompes sont saillantes?

Les mêmes remarques s'appliquent aux instruments automatiques, tels que l'*adénotome de Schultze*. Cet instrument, destiné à sectionner d'un seul coup l'amygdale pharyngée, pourra rendre des services dans les cas de naso-pharynx à courbure régulière et de végétations centrales postéro-supé-

rieures ou postérieures. Mais si l'on est en présence d'un naso-pharynx à récessus, la courbure ne s'adaptera plus à celle de la voûte pharyngée, et il sera bien difficile, pour ne pas dire impossible, d'engager dans l'anneau de l'instrument le paquet adénoïdien. Dans ces cas la lame du couteau passera au-dessus de lui sans le sectionner.

Au contraire, la *curette de Gottstein*, avec ses diverses variétés, et les modifications de courbure, de forme et de dimensions que chaque spécialiste a plus ou moins fait subir à l'anneau primitif, peut s'adapter à toutes les conformations du cavum naso-pharyngien. Elle constitue ainsi l'instrument véritable avec lequel on sera certain, avec quelque peu d'habileté, de faire le nettoyage complet du naso-pharynx. Aussi avons-nous vu son emploi se généraliser et s'étendre on peut dire dans le monde entier.

Le polymorphisme du cavum naso-pharyngien nous conduit encore à la conclusion suivante : à savoir qu'il est inutile d'employer des curettes larges pour les naso-pharynx d'adultes, et petites pour les enfants, puisqu'il y a, quel que soit l'âge, des naso-pharynx petits et à récessus, et que, dans ces cas, des curettes *petites* peuvent seules être efficaces. Mieux vaut faire usage systématiquement des instruments de petit calibre qui pourront manœuvrer plus aisément dans la cavité et pénétrer dans tous ses recoins.

La fréquence des naso-pharynx à voûte surbaissée chez l'enfant, des naso-pharynx à récessus chez l'adulte, nous fait également comprendre pourquoi, d'une façon générale, l'adénotomie est plus facile chez le premier que chez le second.

En ce qui concerne le *manuel opératoire* de l'adénotomie, il conviendra de le modifier dans les cas de naso-pharynx à récessus : au lieu de faire le curettage dans le sens habituel, c'est-à-dire d'avant en arrière et de haut en bas, il faudra diriger obliquement la curette de haut en bas et de gauche à droite, puis de droite à gauche en allant du milieu vers les

parties latérales, ce qui lui permettra, si elle est de petit volume, de pénétrer dans la profondeur du récessus à curetter, et, passant derrière le bourrelet de la trompe, de nettoyer les fossettes de Rosenmüller.

On peut aussi, pour les naso-pharynx à récessus, se servir des curettes de Hartmann à double tranchant latéral, mais à condition de prendre, ici encore, de petites curettes qui, après avoir vidé la cavité, peuvent passer derrière les lèvres de la trompe sans léser leurs parois.

Chez l'adulte, il ne sera pas inutile de cocaïner la face postérieure du voile, de manière à obtenir son relâchement et à pouvoir manœuvrer plus aisément dans le naso-pharynx.

On voit donc, d'après les considérations précédentes, combien les recherches anatomiques auxquelles nous nous sommes livrés ont une importance pratique réelle.

Instruit de leur existence, le praticien pourra, grâce à l'expérience du toucher digital, reconnaître les diverses conformations du naso-pharynx et par conséquent savoir avec quel instrument et à quelle manière d'agir il devra donner la préférence pour enlever le tissu pathologique à supprimer.

Ce sont surtout ces considérations d'ordre clinique qui nous ont poussés à entreprendre ces recherches macroscopiques et à les signaler aujourd'hui à l'attention de nos confrères.

ASSOCIATION AMÉRICAINE DE LARYNGOLOGIE

XXIII[e] Congrès annuel tenu a New-Haven du 27 au 29 mai 1901

M. Henry L. Swain, président.

M. Jonathan Wright (Brooklyn). — **Une page de l'ancienne histoire de l'anatomie du catarrhe nasal** *(A leaf from the ancient history of the anatomy of nasal catarrh).*

L'histoire de l'existence du catarrhe nasal est presque aussi vieille que le monde. Les anciens n'avaient que des notions

très vagues et tout à fait confuses de l'anatomie du nez, et, en effet, dans un livre qui remonte, suppose-t-on, à 1,500 ans avant J.-C., il est dit qu'il y a dans le nez quatre vaisseaux, deux pour le sang et deux pour le mucus. Hérodote décrit un moyen de cautériser les veines du front à l'âge de quatre ans afin de prévenir la « pituite »; aussi eût-il été, assurément, fort surpris, s'il vivait de nos jours, de voir son procédé appliqué sur une grande échelle aux tissus intérieurs et les merveilleux résultats curatifs obtenus par ce traitement. Hippocrate doit avoir eu quelques notions sur les relations du catarrhe nasal avec les troubles gastriques, car, dans un livre qu'on lui attribue, il dit que les « ventres sont sujets à de fréquents troubles par suite du phlegme qui s'y écoule du nez ». On croyait communément autrefois que le nez était le cloaque du cerveau. Galien dit que chaque narine est divisée en deux parties, une qui conduit dans la bouche et l'autre dans le cerveau. Il croyait que les sécrétions épaisses s'écoulaient par l'*os criblé*, tandis que les sécrétions liquides trouvaient une issue par en haut, à travers les sutures. Théophile, au VII^e^ siècle, connaissait le rôle physiologique du nerf olfactif. Neuf siècles plus tard, un professeur d'anatomie à Bologne, qui s'était enrichi en guérissant le clergé de la syphilis par son traitement mercuriel nouvellement inventé, niait que des liquides passassent à travers la lame de l'ethmoïde. Willis et ses contemporains n'ont pas pas peu contribué à établir l'erreur que les nerfs étaient des tubes creux vecteurs de liquides de l'organisme. Schneider croyait que la sécrétion catarrhale provenait de la muqueuse nasale elle-même et non pas du cerveau, mais il ne fait aucune mention des glandes muqueuses.

M. A. COOLIDGE (Boston). — **Asymétrie des cavités nasales** *(Asymetry of the nasal cavities).*

Les hypertrophies les plus accusées siègent du côté qui est le plus ouvert. L'auteur n'a pu trouver de preuves satisfaisantes de la relation des cornets avec les déviations de la cloison. Dans un grand nombre de cas relatés, les cornets, dans les cavités obstruées, étaient normaux. Dans son propre cas, la déviation était du côté non obstrué. D'après une théorie, la déviation de

la cloison serait secondaire à l'hypertrophie des cornets, mais de nombreuses raisons militent contre cette manière de voir. D'autres prétendent qu'aucun de ces états n'est le résultat de l'autre, mais que tous les deux sont la conséquence d'un état d'asymétrie générale. Il paraît n'y avoir aucun doute que la nature ait mis une certaine méthode ayant pour but de maintenir dans un équilibre plus ou moins parfait la capacité de l'air courant des deux côtés. La fonction du nez étant de laisser passer l'air, il paraît raisonnable de s'attendre à ce que les os s'adaptent eux-mêmes à cette fonction; c'est pourquoi, s'il existe une asymétrie dans une partie donnée, une asymétrie voisine devrait être considérée comme physiologique plutôt que comme pathologique. Les cornets doivent être jugés d'après la distance qui les sépare de la cloison et non pas d'après leur volume absolu. L'ethmoïde et les cornets s'adaptent spécialement à opérer un rajustement et à maintenir la balance physiologique.

M. Arthur A. Bliss attire l'attention sur le rôle joué par le développement des apophyses palatines des maxillaires supérieurs dans la production d'une asymétrie des fosses nasales. Pendant la période de développement, l'accroissement vers en haut de ces apophyses doit presser la cloison nasale et la fait presser à son tour contre la base du crâne.

M. Emil Mayer dit que presque tous les enfants ayant une déviation de la cloison cartilagineuse développent tôt ou tard une obstruction des orifices postérieurs et que l'absence d'un courant d'air suffisant explique l'hypertrophie des cornets du côté dévié. Si l'on avait pour règle de n'accorder aucune attention au volume des cornets jusqu'après la correction de la déviation du septum cartilagineux, il eût été rarement nécessaire de faire quelque chose contre l'hypertrophie des cornets.

M. E. L. Shurely divise les cas d'asymétrie nasale en deux classes : 1° ceux où l'asymétrie est rétro-nasale et accidentelle, due à des altérations pathologiques, et 2° ceux où elle est évolutionnaire. Un facteur important, quoique souvent méconnu, est la fréquence d'accouchements difficiles parmi les hautes classes et la tendance actuelle à appliquer les forceps obstétricaux lorsque leur emploi n'est que peu justifié.

M. Bryson Delavan est d'avis que l'apport d'air insuffisant est

la cause principale de l'asymétrie nasale, et que si les malades atteints de cette affection pouvaient, dès leur jeune âge, être soumis à un traitement qui rendrait la respiration nasale libre, on préviendrait de cette façon les anomalies si communément observées.

M. Arthur Ames Bliss (Philadelphia). — **L'opération supra-labiale (Opération d'Harrison Allen) pour corriger les déviations de la cloison nasale** *(The supralabial Operation (Dr Harrison Allen) for deflection of the nasal septum).*

Là où il n'existe pas de vide et où le point extrême de la déviation s'étend au delà de l'épine nasale antérieure, la partie antérieure du vomer est également souvent déviée et d'ordinaire aussi bien dans son plan vertical qu'horizontal. La grande surface du cartilage triangulaire étant située au-dessus de l'épine nasale antérieure, une force agissant du dehors qui tendrait à tordre ce cartilage dans le sens vertical, produirait aussi une torsion de l'épine nasale antérieure, et, sur une étendue moindre, celle de la partie antérieure du vomer. L'opération du Dr Harrison Allen, résultat de nombreuses recherches cliniques et anatomiques, consiste dans une division transversale de la crête maxillaire, rendant ainsi la partie antérieure de la cloison largement mobile.

A l'aide d'un petit bistouri pointu, on divise d'abord le frein de la lèvre supérieure; ou passe ensuite à travers la plaie un petit ciseau solide qu'on pousse soigneusement en haut sur la ligne médiane, jusqu'à ce qu'on ait atteint la crête maxillaire. On relève alors la branche du ciseau de façon que la surface coupante s'arrête directement contre la crête en tournant en dedans et légèrement en bas ou en haut, selon la hauteur du plancher vestibulaire dans ses rapports avec le plancher du nez. Quelques légers coups de maillet poussent le ciseau à travers l'épine nasale antérieure jusqu'au trou naso-palatin. Si l'opérateur a eu soin de diriger son ciseau de façon à diviser complètement la crête maxillaire, il pourra, à l'aide d'un doigt introduit dans la fosse nasale obstruée, forcer la cloison à sa guise. Une attelle en caoutchouc sera placée dans la fosse nasale antérieurement obstruée et maintenue aussi longtemps que dans l'opération d'Asch. On terminera l'opération par

l'application, pendant un ou deux jours, d'un pansement humide sur la lèvre et sur le dos du nez. L'opération sera faite sous une légère narcose. L'hémorragie est légère, et, si on emploie le pansement humide, il n'y aura que très peu de gonflement. Cette opération, applicable à un grand nombre de cas et qui, jusqu'à présent, a toujours donné des résultats satisfaisants, est restée entièrement inconnue des rhinologistes.

M. Henry Wagner (San Francisco). — **Étude radiographique** *(A radiographic study)*.

L'auteur présente un radiographe dont il s'est servi pour l'extraction d'un disque métallique logé dans l'œsophage d'un enfant de cinq ans. Le point intéressant est que le radiographe n'a pas exagéré, comme on aurait pu le supposer, le volume du corps étranger.

M. Edwin Rhodes relate un cas où, après avoir en vain essayé avec les pinces œsophagiennes seules d'extraire un penny de l'œsophage d'un petit enfant, il a réussi à saisir le corps étranger avec les pinces, aidé des rayons X combinés au fluoroscope.

M. Bryson Delavan rapporte un cas où, grâce à un radiographe, le Dr W. T. Bull et lui-même ont pu localiser et extraire une pièce de cinq centimes de la gorge d'un petit bébé.

M. Jonathan Wright appelle l'attention sur un cas où un chirurgien de Brooklyn, en opérant pour l'ablation d'un corps étranger, a suivi avec la pointe de la pince l'image du corps étranger.

M. A. W. de Roaldes préconise un usage plus général de l'œsophagoscope, instrument souvent de grande valeur parce qu'il permet au chirurgien d'enlever un corps étranger n'ayant d'autre guide que ses propres yeux.

M. Wagner, en clôturant la discussion, fait remarquer qu'il est important de connaître les dimensions de l'œsophage afin de déterminer la possibilité pour le corps étranger de passer à travers.

M. Wagner. — **Lymphosarcome épipharyngé** *(Epipharyngeal lymphosarcoma)*.

L'auteur présente un cas, où une tumeur de cette nature a été observée sur un enfant.

M. William Casselberry (Chicago). — **Affection séreuse de l'antre maxillaire avec relation de deux cas** *(Serous disease of the maxillary antrum with a report of two cases).*

La sinusite catarrhale chronique peut avoir pour résultat des polypes, des kystes, des ostéophytes et des collections séreuses. Les trois premiers peuvent également exister associés à une suppuration sinusienne. Le terme de mucocèle appliqué quelquefois à des collections séreuses s'applique plus particulièrement à des collections muqueuses ou demi-solides. Plusieurs auteurs modernes sont disposés à conserver le terme d'hydropisie, comme définition d'un exsudat séreux non kystique.

Après avoir passé en revue la littérature scientifique de la question, M. Casselberry relate deux cas, un de sinusite aiguë avec rétention de sécrétion muco-séreuse et l'autre d'affection séreuse chronique. Dans le premier cas, quelques mois après l'ablation de polypes récidivants, le malade revint avec un coryza aigu ; une ponction a amené un liquide séreux qui était dépourvu de cristaux de cholestérine, mais contenait des corpuscules lymphoïdes et une grande quantité d'albumine. Le liquide a été évacué et la cavité curettée. Le malade s'est vite rétabli et la guérison persiste depuis. Il est à remarquer que la ponction a été faite avec toutes les précautions aseptiques, et la formation ultérieure de pus ne pouvait apparemment lui être incriminée vu que dans le second cas, où l'on avait pratiqué de nombreuses ponctions, il n'y a jamais eu de pus.

Le second cas a trait à une femme de soixante-deux ans atteinte de polypes du nez pour lesquels elle se faisait opérer de temps à autre. Après une première ponction de l'antre droit, qui donna issue à un liquide séreux, l'auteur réséqua le cornet moyen d'après sa propre méthode. On pratiqua en tout six ponctions du sinus maxillaire droit, et à chacune on retira du liquide séreux ; la dernière fois il n'y en eut que quelques gouttes. Le drainage naturel de l'antre a été rétabli par l'ablation de l'obstruction des fosses nasales. L'analyse chimique a montré la présence dans le liquide de séro-albumine et de traces de mucine. Le premier examen bactériologique a décelé

de nombreuses colonies de coli-bacilles; le second, quelques micro-organismes, mais pas de bactéries spécifiques. L'inoculation aux animaux a donné des résultats négatifs. M. Casselberry dit qu'il n'y avait aucun signe indiquant l'existence de kystes dentigères des gencives, et s'il y avait eu un kyste du côté gauche il aurait dû cesser de se reproduire après une ponction. Le liquide ressemblait à du liquide kystique, mais il en différait par l'absence de cristaux de cholestérine. Dans les deux cas, l'épreuve de l'éclairage par transparence n'a pas été décisive, car le côté atteint n'était point obscur, mais il présentait une légère diminution de la transparence. Le traitement approprié de pareils cas est indiqué par les résultats obtenus dans le second cas.

M. Édwin Rhodes (Chicago). — **Chancre de l'amygdale** *(chancre of the thonsil).*

En recueillant dans la littérature scientifique les faits statistiques sur ce sujet, l'auteur a été frappé par la fréquence de l'origine extra-génitale de cette forme de syphilis. Les moyens de contagion les plus communs sont des abaisse-langues, des ustensiles de ménage, des instruments de dentiste, etc. Le chancre amygdalien est un ulcère superficiel, sale, ovalaire ou circulaire. La glande sous-maxillaire est toujours engorgée; de la douleur et un malaise général peuvent être associés au développement de cette lésion. Le processus peut prendre un caractère phagédénique général, surtout s'il résulte d'une infection mixte. Le chancre disparaît ordinairement au bout de quatre à six semaines. L'auteur rapporte un grand nombre de cas très démonstratifs de chancre des amygdales, dont trente et un inédits. Il termine sa communication en formulant les conclusions suivantes :

1° Le chancre de l'amygdale est souvent méconnu.

2° Une amygdale tuméfiée et indurée, avec un ulcère superficiel à sa surface, accompagnée d'une induration et d'un engorgement de la glande sous-maxillaire correspondante et demeurant stationnaire malgré un traitement prolongé, rend le diagnostic de chancre très probable; 3° le caractère du chancre dépend de l'état primitif de l'amygdale et de la coïnci-

dence d'une infection mixte; 4° on ne saurait porter un diagnostic certain avant l'apparition de l'éruption générale; 5° l'accident primitif de l'amygdale ne présente pas plus de gravité qu'un chancre développé sur une autre partie du corps; 6° le chancre amygdalien est produit par un contact direct du virus.

MM. Bryan et Farlow relatent des cas qui confirment la manière de voir de l'auteur en ce qui concerne la difficulté du diagnostic précoce du chancre de l'amygdale.

M. W. K. Simpson s'étonne que l'auteur ait pu réunir un si grand nombre de cas quand cette lésion est presque inconnue dans les grandes cliniques de New-York.

M. E. Mayer dit que certaines expériences ont démontré que le virus résiste ordinairement à la stérilisation par la chaleur; il faudrait donc trouver une autre méthode de stériliser les instruments.

M. Bryson Delavan dit avoir observé plusieurs cas de chancre de l'amygdale, et dans tous le début de l'affection a été extraordinairement grave.

M. George Leland dit qu'à l'encontre des affirmations de M. Rhodes que le chancre de l'amygdale a une couleur perlée, il en a observé un cas où l'amygdale avait été d'un rouge vif. L'aspect opalescent ne s'observe, selon lui, que dans les infections secondaires des amygdales.

M. Emil Mayer (New-York). — **De l'empyème de l'antre d'Highmore chez les enfants** *(Empyema of the antrum of Highmore in young infants)*.

La rareté apparente de cette affection, à en juger par le petit nombre de cas relatés jusqu'à présent, due selon toutes les probabilités aux difficultés de diagnostic, la remarquable uniformité des symptômes dans tous les cas diagnostiqués comme tels, les méthodes de traitement primitivement employées, enfin son omission complète ou la très brève mention dont en font tous les livres classiques rendent l'étude de l'empyème de l'antre chez les petits enfants particulièrement intéressante pour le rhinologiste. La science ne compte qu'une dizaine de cas de ce genre. L'auteur présente un cas personnel observé sur un enfant de deux ans et demi. Comme symptômes

généraux. il a noté : ectropion de la paupière inférieure droite, trajet fistuleux dans la joue droite laissant échapper du pus et une odeur extrêmement pénétrante du côté correspondant du nez. Six semaines auparavant, l'enfant, jusque-là bien portant, eut une attaque de fièvre scarlatine compliquée de pneumonie; quinze jours après, il fut atteint d'une diphtérie nasale très grave, suivie d'un abcès de la joue. Ce dernier a été incisé et il en est résulté un trajet fistuleux. Au moment de l'examen, une petite sonde introduite dans le trajet fistuleux a révélé la présence d'une large cavité et donné la sensation d'un os nécrosé. L'examen du pus a décelé des streptocoques et des staphylocoques en abondance; mais pas de bacilles de Klebs Loeffler ni de Koch. On diagnostiqua un abcès de l'antre d'Highmore avec infection diphtérique. M. E. Mayer rapporte ensuite un autre cas dont l'observation lui a été communiquée par le Dr W. B. Platt, de Baltimore. Enfin, l'auteur a recueilli dans la littérature scientifique six autres cas, tous dus à une infection. L'étude de ces cas soulève une question du plus haut intérêt, et, notamment, celle de savoir s'il s'agit là d'une simple carie osseuse, c'est-à-dire d'une affection tuberculeuse, ou d'une ostéomyélite. Des examens bactériologiques ont été pratiqués par Moritz Wolff, en Allemagne, et par Richard Mills Pierce, en Amérique.

M. Mayer conclut que l'empyème de l'antre d'Highmore chez les petits enfants ne reconnaît pour origine ni une tuberculose osseuse ni une ostéomyélite, mais qu'il constitue une affection distincte, ayant sa personnalité propre, comme l'empyème de l'âge adulte. S'il existe si peu de cas diagnostiqués pendant la vie, ceci est dû probablement à ce fait que la mortalité est beaucoup plus grande quand cette complication vient à survenir et aussi parce que, à cet âge-là, il est difficile d'établir la présence d'une douleur localisée. Dans tous les cas relatés jusqu'à présent, les symptômes ont toujours été les mêmes; à savoir : trajet fistuleux sous l'œil avec écoulement purulent, ectropion, écoulement purulent unilatéral du nez avec odeur fétide et dénudation d'os. Une observation attentive du malade, surtout dans la diphtérie nasale quand on a la chance de déceler la présence de bacilles de Loeffler, peut mettre sur la

voie du diagnostic. Le traitement consistera en incision, curettage et drainage qui, faits à temps, seront suivis d'une guérison complète.

M. J. H. Bryan (Washington). — **Abcès des sinus frontal et ethmoïdal des deux sinus sphénoïdaux, avec nécrose étendue de ces os, compliquée d'un adénome des régions sphénoïdale et ethmoïdale postérieure** *(Abcess of the frontal, ethmoidal and both sphenoidal sinuses, with extensive necrosis of these Bones, complicated by adenoma of the posterior ethmoidal and sphenoidal regions).*

Après avoir incisé les parties molles et le périoste, et rabattu le lambeau, l'auteur ouvrit le sinus juste au-dessus de l'arcade orbitaire. Le sinus était rempli de pus et de granulations, et ses parois osseuses ont été trouvées malades. Une large communication a été établie entre le nez et le sinus, la cavité lavée et nettoyée, et la plaie suturée. Au bout d'un mois, la malade, suffisamment rétablie, a été renvoyée chez elle. Dans le courant de l'été elle a contracté un violent *rhume de cerveau,* accompagné de rougeur et de gonflement, dus à l'obstacle apporté au drainage par le nez. Le médecin de la malade ouvrit l'abcès et évacua du pus. Ceci amena un certain soulagement, mais du pus continuait à couler jusqu'à l'automne. Des irrigations antiseptiques journalières du sinus et un léger drainage régulièrement pendant plusieurs mois sont restés sans résultat, et il devint nécessaire de rouvrir le sinus. Celui-ci a été trouvé rempli de granulations et d'une grande quantité de pus. Il existait aussi une ethmoïdite étendue. Autant que possible, les parties malades furent enlevées. Un mois après, la malade fut subitement prise de violentes céphalées frontales, qui étaient partiellement soulagées par l'évacuation de sécrétions retenues dans les cellules ethmoïdales. On administra de l'iodure de potassium jusqu'à la limite de tolérance, mais sans aucun résultat. La menace d'un abcès orbitaire rendit nécessaire une troisième intervention, après laquelle la malade fut atteinte de vertige et de diplopie. Quatre mois plus tard apparut une tumeur d'une consistance plutôt ferme provenant des régions sphénoïdale et ethmoïdale postérieure. Ouverture des sinus

sphénoïdaux et évacuation de pus fétide; à présent, les deux sinus sphénoïdaux continuent à suppurer. Le développement rapide de la tumeur rend tout drainage impossible. L'examen bactériologique du pus, pratiqué deux fois, ne décela que quelques staphylocoques isolés.

Une terminaison fatale paraît presque certaine.

M. John Roe (Rochester). — **Épilepsie réflexe par affection nasale traitée avec succès par la suppression de cette dernière** *(Reflex epilepsie from nasal disease successfully treated by the removal of the latter).*

Brown-Sequard a démontré que l'épilepsie peut être provoquée par une irritation artificielle des nerfs périphériques dans presque n'importe quelle partie du corps. La pathogénie de l'épilepsie est encore un chapitre à écrire dans l'histoire de cette maladie. La science compte déjà un certain nombre de cas, dont celui de l'auteur est un exemple démonstratif. Une fillette de onze ans souffrait de longue date d'une obstruction nasale, et était atteinte d'attaques d'épilepsie depuis l'âge de six ans. Elle est née en état d'asphyxie après un accouchement très laborieux. Parfois, elle avait de 10 à 24 attaques par jour. Chaque été elle était sujette à un accès prolongé de hay fever, et souffrait de troubles gastro-intestinaux. Les attaques d'épilepsie augmentaient de fréquence et d'intensité jusqu'en décembre 1900, époque à laquelle la malade fut amenée à M. Roe.

Les deux fosses nasales étaient presque entièrement obstruées et le naso-pharynx rempli de végétations adénoïdes. Ces dernières ont été enlevées et l'occlusion nasale soulagée. Dans l'espace des trois derniers mois, l'état général de la petite malade s'est fortement amélioré et cet heureux changement devint manifeste pour tout le monde. Au dire des parents, depuis environ cinq ans, l'enfant avait près de mille attaques par an.

M. Arthur A. Bliss dit que quoique les médecins généraux et même les neurologistes mettent en doute ou hésitent à admettre l'origine réflexe de l'épilepsie, celle-ci n'est pas du tout si inconcevable, si l'on se rappelle les relations intimes entre le nez, le sympathique cervical et la circulation.

M. MACKENZIE traite l'historique de la question, et les Drs WATSON et ROALDES rapportent des cas analogues.

M. F. H. BOSWORTH (New-York). — **Les amygdales au point de vue purement clinique** *(The tonsils from a purely clinical point of view)*.

L'auteur ne connaît point de travail d'anatomie ou de physiologie qui décrive les masses de la base de la langue aussi bien que le sont les amygdales buccales, probablement parce que ces dernières jouent un rôle prépondérant dans les affections de cette région. La tendance actuelle qui paraît s'affirmer de plus en plus est de vouloir considérer les amygdales buccales comme des organes de défense de l'organisme contre l'entrée des germes nocifs. Si l'on admet cette manière de voir, il est difficile de comprendre pourquoi la nature a placé ces corps spongiformes dans la gorge, car leur structure même en fait d'admirables réceptacles microbiens. M. Bosworth pense donc, et son opinion lui paraît plus soutenable, que les amygdales n'existent pas dans une gorge absolument normale.

Il a développé cette théorie, il y a vingt-deux ans, au cours d'une discussion à Londres, et elle y a été reçue par un scepticisme railleur, aujourd'hui, après tant d'années d'expériences il professe à cet égard la même opinion. L'observation clinique montre que l'extirpation partielle des amygdales laisse souvent la gorge dans un état plus mauvais qu'avant l'opération. Depuis trente ans, il insiste sur l'emploi d'une anesthésie dans les opérations sur les amygdales et il donne la préférence au chloroforme. L'anesthésie sera administrée à l'aide d'un mouchoir, l'enfant étant maintenu dans la station assise, jusqu'à l'abolition complète de la sensibilité; alors seulement on pourra procéder à l'ablation d'une amygdale. Dans le cours de sa longue pratique qui embrasse une période de vingt-cinq ans, il n'a pas vu une seule complication dangereuse qui parût justifier les prétendus dangers du chloroforme. Depuis dix ans, l'auteur n'a pas enlevé une seule amygdale au tonsillotome, mais toujours à l'anse froide qui s'adapte si bien à la tonsille que cet instrument, selon lui, ne laisse rien à désirer. Si l'on peut extirper toute la masse amygdalienne en une séance, on

l'à répéter l'opération jusqu'à ce que les piliers t leur position naturelle. Si, chez les enfants, le donne que rarement lieu à une hémorragie inquié- revanche, chez l'adulte, il y a presque toujours à ne grave hémorragie lorsqu'on opère avec le couteau. plication n'est plus à redouter avec l'anse froide.

. Goodale. — **L'histologie des altérations rétro- es amygdales chez les adultes** *(The histology of the changes in the faucial tonsils of the adult).*

de l'auteur porte sur une série d'amygdales enlevées ie ensemble avec le tissu péri-amygdalien. La mem- queuse revêtant les amygdales paraissait intacte et ment épaisse. La muqueuse des cryptes ressemblait ains cas à celle des jeunes amygdales, tandis que tres cas elle ressemblait par ses caractères histolo- elle de la surface libre des amygdales. La quantité de hoïde en proportion avec le tissu connectif est toujours hez l'adulte que chez l'enfant. La première altération observée dans le processus de sclérose se traduit par ction du réticulum endothélial. Dans une amygdale les follicules voisins des cryptes conservent une us grande que ceux qui en sont éloignés. Les modi- étrogrades commencent dans les trabécules.

Roe partage entièrement l'opinion de M. Bosworth, à les amygdales accompagnent toujours un état anormal . Il croit qu'il n'y a point dans les voies aériennes supé- tissus morbides susceptibles d'occasionner plus de rtout chez les enfants, que les amygdales, qui sont les dépôts de germes infectieux et des portes d'entrée de l'organisme.

. Bliss ne pense pas que l'ablation totale des amygdales iée dans chaque cas. Quand il s'agit d'une extirpation se est peut-être le meilleur instrument, mais pour une rtielle de l'amygdale, il y a à faire un choix d'instru- s l'excision totale on risque de couper l'artère amygda- ique ordinairement l'hémorragie provienne de la branche de la palatine.

ert C. Myles dit que la manière de voir de M. Bosworth

tend de plus en plus à être acceptée de tout le monde. Pour opérer sur l'amygdale avec l'anse froide, une anesthésie générale est nécessaire; par contre, quand les amygdales sont pédiculées, on se servira plus facilement de la guillotine sous l'anesthésie locale à la cocaïne; on en emploiera une solution très forte qui sera maintenue en contact direct avec les tissus pendant assez longtemps avant l'opération.

M. Clarence Rice dit qu'il suffit d'exciser les amygdales non inflammatoires des enfants à l'amygdalotome en les ramenant au niveau des piliers, tandis que les grosses amygdales inflammatoires des adultes doivent être extirpées au galvanocautère.

M. Price Brown dit que, dans sa pratique de trente années, il n'a jamais vu un seul cas fatal par anesthésie chloroformique, et il doute fort qu'une autre anesthésie puisse avantageusement remplacer le chloroforme. Il a l'habitude de maintenir son malade étendu et de le tourner doucement sur le côté pour favoriser l'écoulement du sang.

M. C. H. Knight (New-York). — **Des nodules vocaux** *(Vocal nodules)*.

Le terme de « nodules du chanteur » est loin d'être juste. Selon l'opinion de Chiari, les glandes muqueuses prennent rarement part à la constitution de ces nodules. On les observe plus souvent chez la femme que chez l'homme, et ils ne sont pas rares chez les enfants. La relation des nodules vocaux avec la tuberculose n'est pas encore établie, et, d'après M. Knight, cette relation serait purement accidentelle. L'auteur rapporte ensuite un cas récemment observé par lui. Il s'agit d'une femme qui chantait rarement, mais qui était obligée de parler beaucoup. La malade était atteinte d'une laryngite chronique très intense et d'une hyperplasie du tissu lymphoïde de la base de la langue. Un simple traitement local a produit une amélioration notable, mais quelques mois après avoir pris froid, elle chanta dans une église dans des circonstances qui ont produit chez elle une forte émotion. L'examen pratiqué à cette époque a montré le larynx très irritable. Le traitement consistait dans l'emploi de pulvérisations avec une solution d'alumnol à 1/30.

Après un certain temps, la malade, sur le conseil de l'auteur, a pris une série de leçons de gymnastique vocale. Ce traite-

ment consistait à apprendre à respirer méthodiquement, mais, au fond, c'était une « cure de repos ».

En partant de ce fait que, dans des cas de tumeurs malignes du larynx on obtient quelquefois de beaux résultats par la ligature des artères irriguant cet organe, M. Knight a cherché à produire, dans son cas, une ischémie du larynx par l'emploi d'extrait de capsule surrénale. Dans ce but, il a pratiqué pendant une vingtaine de jours des instillations journalières d'une solution d'adrénaline à 1/5,000. Ce traitement, joint à la gymnastique vocale, a amené une amélioration notable, et, au bout de ce laps de temps, le nodule avait presque disparu. D'après l'auteur, un mauvais usage de la voix est un facteur étiologique bien plus probable que le surmenage vocal ; il n'en est pas, bien entendu, l'élément unique, car autrement ces cas seraient beaucoup plus communs. On pourrait naturellement croire que des nodules vocaux se développent plutôt par usage de la voix parlée que par celui de la voix chantée en raison de l'échelle relativement courte de la première. L'auteur admet la possibilité de l'origine de ces nodules par surmenage de certains faisceaux musculaires en déterminant une hyperémie et une hyperplasie, voire même une petite hémorragie circonscrite. La théorie que ces nodules résultent de l'attriction des cordes vocales lui paraît insoutenable, car il doit toujours y exister un espace pour permettre le passage du courant d'air. Bien plus, dans le cas de l'auteur, les nodules n'ont pas toujours siégé sur le bord de la corde.

M. C. C. Rice dit que les cas de nodules vocaux qu'il a observés chez des chanteurs professionnels étaient presque invariablement des chanteurs d'opéras légers. Ceci peut s'expliquer par le fait que les chanteurs de grands opéras se servent moins souvent et aussi plus habilement de leur voix. M. Rice croit que les nodules sont plutôt le résultat d'un surmenage de la voix chantée que d'un emploi malhabile. Il est porté à croire qu'une vocalisation appropriée est un meilleur moyen de réduire ces nodules que le repos. Il a récemment observé quelques cas de nodules vocaux qui se sont très bien trouvés de l'application locale de l'acide chromique, et il a eu la satisfaction de constater la parfaite réparation de la corde vocale.

M. Simpson croit que le terme de *nodule vocal* est appliqué à un

certain nombre de lésions laryngées dont quelques-unes sont tout à fait passagères. L'hypertrophie du tissu lymphoïde de la base de la langue aboutit à un surmenage vocal, et, en effet, rien n'améliore tant la voix d'un chanteur que l'ablation de l'amygdale linguale lorsque celle-ci est hypertrophiée. Cette opération n'améliore pas seulement la qualité de la voix, mais elle met à même le chanteur de s'en servir avec bien moins d'efforts. Ces nodules peuvent apparaître chez ceux dont la santé générale laisse à désirer.

M. WAGNER dit que l'expérience démontre pleinement que ces nodules peuvent se développer chez d'autres que chez des chanteurs; on les observe souvent chez des personnes anémiques.

M. J. W. FARLOW a observé ces nodules plus fréquemment chez des non-chanteurs que chez des chanteurs; il en a même vu chez un enfant de neuf ans.

M. W. K. SIMPSON (New-York). — **Étude sur l'application particulière de l'intubation dans la sténose chronique du larynx** *(Study of the proper application of intubation in chronic stenosis of the larynx).*

Dans son travail, l'auteur n'étudie que les sténoses chroniques du larynx indépendantes de la syphilis. Il les divise en trois groupes :

1° Sténoses à développement lent et graduel n'exigeant pas nécessairement une opération;

2° Sténoses aiguës nécessitant une prompte intervention chirurgicale;

3° Sténoses où il y a avantage à intervenir afin de supprimer la canule trachéale. Avant de procéder au traitement, il est absolument nécessaire de poser un diagnostic exact, et sous ce chef, l'auteur comprend la connaissance de la localisation de la tuméfaction et de la densité des tissus, s'il existe ou non une ulcération, et, enfin, si l'état du malade permet l'examen laryngoscopique nécessaire. Si toutefois un tel examen ne peut être pratiqué avant l'intubation, cette opération devra alors faire place à une trachéotomie, avec l'idée de pouvoir peut-être pratiquer plus tard l'intubation. C'est au troisième groupe qu'appartiennent les cas où l'intubation montre toute sa supériorité. Un tube intubatoire a l'avantage de pouvoir être porté pendant un temps indéfini, exerçant ainsi une pression constante et prolongée; de plus, les dimensions et la forme du tube

peuvent être facilement modifiées, de façon à s'adapter le mieux aux besoins de chaque cas individuel. Quelquefois, l'intubation est secondaire à la trachéotomie; dans ce cas mieux vaut faire la trachéotomie aussi haut que possible. Plus longtemps la canule trachéale reste dans une trachée adulte, plus il devient difficile d'introduire le tube intubatoire. Afin d'empêcher l'expulsion du tube intubatoire par la toux, le Dr John Rogers, de New-York, a adapté une branche de rétention à l'angle droit du tube. Cette branche sort par la plaie trachéale. Pour déterminer le point exact où cette branche doit être fixée, on insère un tube intubatoire en caoutchouc dur et on le touche ensuite avec une pointe de galvano; le point ainsi brûlé sur le tube indique la place de la branche de rétention.

M. Mayer montre un tube exactement pareil, muni de plus d'un instrument creux qu'il a inventé. Cet instrument est très avantageux dans les cas de sténose chronique des adultes parce qu'il permet d'introduire le tube sans gêner la respiration du malade.

M. W. E. Casselberry parle de nombreuses difficultés qu'offre la pratique de l'intubation dans ces cas, surtout si l'état du malade rend l'examen laryngoscopique impossible. Dans ces conditions, il préfère toujours la trachéotomie.

M. J. W. Farlow. — **Quelques cas de paralysie de la corde droite** *(Some cases of paralysis of the right vocal cord).*

L'auteur en rapporte 4 cas.

MM. Delavan, Casselberry, Swain et Price Brown relatent chacun des faits de leur expérience personnelle dans cette question.

M. Clarence Rice (New-York). — **Méthode de traitement local employé pour supprimer la susceptibilité de la muqueuse nasale dans le hay fever** *(A report of a method of local treatment employed to eradicate the susceptibility of the nasal mucous membrane to hay fever).*

L'auteur partage la théorie que la sensibilité anormale de la muqueuse nasale est un élément important dans la production du coryza estival. Il a donc cherché à réduire cette hyperesthésie, dans des cas de hay fever, par des frictions répétées, pratiquées pendant plusieurs semaines avant l'attaque présumée. Au commencement, ces frictions, à l'aide d'un tampon, sont

douloureuses et provoquent du coryza et de la gêne. Chaque point est frotté dix à douze fois à l'aide d'un tampon imbibé d'une solution d'alumnol, quinzé ou vingt grains pour une once de véhicule et contenant 1/2 o/o d'eucaïne.

M. F. H. Bosworth dit que la pathogénie essentielle de la fièvre de foins est, selon lui, une parésie vaso-motrice, due à une irritation telle que du pollen dans l'atmosphère et se développant sur un terrain névropathique. On doit compter avec ce dernier en plus pour diminuer l'hyperesthésie de la muqueuse nasale.

M. Shurely dit qu'il faut toujours avoir présent à l'esprit que cette affection est un trouble nerveux et que la parésie vaso-motrice n'est qu'incidente. Le traitement rationnel de ces cas dépend du traitement général de l'individu.

M. J. O. Roe dit que, tout au contraire de l'auteur, il n'a jamais observé de cas de hay fever chez des individus avec des fosses nasales anatomiquement normales. Sa propre expérience lui a appris que les cornets moyen et supérieur sont plus intéressés dans l'irritation locale que le cornet inférieur.

M. Hudson Makuen. — **La division du palais et ses relations avec la parole** *(The cleft palate and its relations to speech)*.

La langue et le palais jouent un rôle important dans la fonction de la parole, mais celui du palais est beaucoup plus grand. Les éléments purement vocaux de la parole, tels que les voyelles, peuvent être articulés quand même le palais est insuffisant, mais leur résonance est si modifiée qu'ils sont à peine reconnaissables. De toutes les consonnes, deux seulement *m* et *n* peuvent être articulées d'une façon intelligible quand le palais n'est pas intact, parce que, dans la prononciation des autres consonnes, le palais est nécessaire pour empêcher le passage de la colonne d'air en haut. La perforation du palais affecte la parole à un degré plus ou moins grand qui dépend de sa position. La division du palais doit être traitée par des moyens chirurgicaux; on commencera le traitement de très bonne heure, à la période formative de la parole, et on lui adjoindra une instruction méthodique et pratique pour la production normale de la parole. Quelque habile que soit le chirurgien pour réunir les moitiés latérales du palais, il restera inévitablement une tension de ce dernier, ce qui fait que

l'opération pourra paraître absolument réussie, mais, en réalité, le résultat définitif ne sera jamais si parfait pour remplacer un palais normal. Il restera toujours un certain espace entre le voile du palais et la paroi postérieure du pharynx et les muscles du voile, parce que la tension de cette partie est presque entièrement inactive. Pour remédier à cet inconvénient, l'auteur a imaginé, il y a quelques années, un procédé chirurgical ayant pour but d'augmenter dans ces cas les dimensions du palais. Il consiste à séparer les adhérences, à exercer des tractions répétées sur le palais avec le doigt, après division de certaines fibres du glosso-palatin et du pharyngo-palatin et, enfin, à développer les muscles du palais par des procédés volontaires directs et indirects. Les résultats ont toujours été marqués par une amélioration notable de l'articulation de la parole dans des cas opérés pour une division du palais.

M. Bryson Delavan (New-York). — **La chirurgie des tumeurs naso-pharyngiennes** *(The chirurgie of nasopharyngeal tumors).*

L'auteur appelle l'attention sur le travail ayant trait à cette question du Dr Lincoln, récemment décédé et regrette que la méthode préconisée par cet observateur soit aujourd'hui presque complètement oubliée.

M. Delavan a recueilli 45 cas d'opération préliminaire pour une période de dix ans; sur ce nombre, dans 25 ou 53 o/o, les résultats sont restés inconnus; dans 5 cas ou 11 o/o, l'opération avait échoué, et, enfin, dans 9 ou 33 o/o, il y eut guérison. D'autre part, sur 72 cas traités par la méthode de Lincoln, il y eut 26 guérisons et 2 échecs; dans 43 cas les résultats n'ont pu être établis. Dans le procédé en question, il faut employer de préférence l'anse galvanique, mais non pas l'anse froide, parce que la chaleur divise les tissus et prévient l'hémorragie.

M. Cobb (Boston). — **Fibrome pédiculé de l'œsophage obstruant le larynx** *(Pedunculated fibroma of the œsophagus obstrueting the larynx).*

L'auteur en rapporte un cas très intéressant.

Trivas.

REVUE GÉNÉRALE ET ANALYSES

BOUCHE ET PHARYNX BUCCAL

Quelques cas de chancres extra-génitaux, par le professeur DERVILLE.

L'auteur rapporte 5 cas de chancres extra-génitaux qu'il a eu l'occasion d'observer : 2 à la lèvre inférieure, 1 à la lèvre supérieure, 1 à la face inférieure de la langue, un 5e enfin à la voûte palatine; ce dernier chez un enfant de quatre ans, qui a été contaminé par son père, atteint de plaques muqueuses rebelles, à cause de l'usage du tabac dont il ne voulait se passer à aucun prix. (*Journ. des sciences méd. de Lille,* nº 39, 28 septembre 1901.) Dr BRINDEL.

Complications multiples à la suite d'angine phlegmoneuse, par le Dr DERACHE.

Quelques jours après ouverture de l'abcès, phlegmon sous-deltoïdien, suivi d'ostéomyélite de l'humérus et d'abcès sous-pectoral. Ensuite, arthrites des doigts et érysipèle du bras. (*Ann. méd. belges*, sept. 1901, anal. *in Journ. méd. de Bruxelles*, nº 41, 10 oct. 1901.) Dr A. CAPART fils.

NEZ ET PHARYNX NASAL

Les déformations de la cloison du nez et leur traitement par le trépan électrique, par le Dr LANDAU.

L'auteur emploie une tige conductrice pour empêcher le dérapement.

Il ferait plusieurs ouvertures dans la cloison et ferait ensuite disparaître les ponts entre les perforations. (*Ann. de la Soc. méd. d'Anvers,* 5 juin 1901, anal. *in Journ. méd. de Bruxelles,* nº 41, 10 oct. 1901). Dr A. CAPART fils.

Un cas d'ulcération épithéliomateuse très étendue de la face avec destruction du nez, par R. HAHN, de Turin.

Il s'agit d'un homme présentant une destruction complète du nez et de la partie moyenne du visage.

Ce cas est intéressant, non seulement à cause de sa longue durée et de sa marche progressive relativement si superficielle,

mais aussi à cause de l'inutilité absolue de deux opérations autoplastiques, qui cependant avaient été poussées à fond, et de la grande résistance opposée par les muqueuses du nez et du sinus à l'extension de l'affection.

Ce malade, malgré un délabrement aussi considérable, ne présentait que quelques défauts d'articulation, naturellement dans les consonnes. Cette observation est accompagnée de deux photographies du sujet. (*Ann. des mal. de l'oreille*, nov. 1901.)

Dr G. DUPOND.

NÉCROLOGIE

Dr A. GOUGUENHEIM, de Paris.

Nous avons le regret d'apprendre la mort de notre confrère le Dr Gouguenheim, médecin de l'hôpital Lariboisière et du Conservatoire national de musique. Ancien interne des hôpitaux, le Dr Gouguenheim s'était, depuis déjà bien des années, consacré spécialement à l'étude des maladies du larynx; il avait publié, sur cette branche de la médecine, une série d'articles ou de travaux importants qui, souvent, ont fait autorité en la matière. Nous citerons surtout ses travaux sur les ganglions péri-trachéaux, sur l'œdème du larynx, sa physiologie de la voix et du chant faite en collaboration avec le Dr Lermoyez, son *Atlas de Laryngologie* avec le Dr Glover, son *Traité de la phtisie laryngée* en collaboration avec le Dr Tissier. Il dirigeait les *Annales des maladies de l'oreille*, dont il avait continué la publication après M. Ladreit de Lacharrière.

Gouguenheim a largement contribué à développer l'étude de notre spécialité en France. Il était chevalier de la Légion d'honneur, membre correspondant des Sociétés de laryngologie de Berlin, de Vienne, d'Amérique, etc. Il avait été président de la section de laryngologie au dernier Congrès international de médecine tenu à Paris en 1900; malheureusement, dès cette époque, le mal qui devait l'emporter avait déjà commencé ses ravages et l'avait empêché de donner à cette présidence toute l'activité qu'il eût désiré y employer. Gouguenheim était âgé de soixante-deux ans.

Bordeaux. — Impr. G. GOUNOUILHOU, rue Guiraude, 11.

22e ANNÉE. N° 52. 28 DÉCEMBRE 1901.

REVUE HEBDOMADAIRE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

DE L'EMPLOI DE L'ADRÉNALINE
EN OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE[1]

Par MM.

E. J. MOURE,
Chargé du cours de laryngologie à la Faculté de médecine de Bordeaux.

A. BRINDEL,
Aide de Clinique laryngologique

Il est des agents médicamenteux dont on ne saurait trop rapidement vulgariser l'emploi, tant est réelle leur efficacité, tant est manifeste leur innocuité.

De ce nombre est l'*adrénaline*, dont notre sympathique confrère, le Dr de Roaldès, de la Nouvelle-Orléans, a bien voulu nous envoyer une petite quantité pour nous permettre d'en expérimenter l'action.

Nous vous apportons aujourd'hui, en même temps qu'un échantillon de la substance, le résultat des essais qui en ont été pratiqués sur une quarantaine de malades et qui nous ont permis d'en apprécier la valeur thérapeutique.

Mais d'abord, en quelques mots, voici l'origine de ce médicament :

L'adrénaline est le principe actif de l'extrait de capsules surrénales. Elle a été isolée au commencement de l'année présente (1901) par le Dr Jokichi Takamine, de New-York, qui l'a obtenue sous forme de cristaux s'oxydant assez rapi-

1. Communication faite à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux le 29 novembre 1901.

dement à l'air libre : pour cette raison, il en a formé des sels (chlorhydrates, sulfates, benzoates et tartrates) faciles à conserver et possédant les propriétés de l'adrénaline elle-même.

On trouve dans le commerce, en Amérique, l'adrénaline sous deux aspects différents :

1° Sous forme de solution à 1 o/oo, constituée de la façon suivante :

Adrénaline	1	gramme.
Solution physiologique de chlorure de sodium	1,000	—
Chlorétone.	5	—

Le chlorétone est ajouté à la solution pour lui communiquer un léger pouvoir antiseptique et anesthésique.

Le petit tube que nous faisons passer sous vos yeux est une solution à 1 o/oo.

2° Sous forme de tablettes de tartrate d'adrénaline. Il suffit de dissoudre une de ces petites tablettes dans 16 grammes de sérum physiologique pour obtenir instantanément une solution d'adrénaline à 1 o/oo.

La solution à 1 o/oo est en quelque sorte une solution mère susceptible d'être employée directement, mais susceptible aussi d'être ramenée à un titre beaucoup plus faible : 1/2,000, 1/3,000, 1/10,000, si l'on veut, par la simple adjonction de solution normale de chlorure de sodium en proportions variables avec le titre à obtenir.

A l'exemple des Américains, nous avons employé, suivant l'effet que nous voulions obtenir, les solutions à 1 o/oo, 1/3,000, 1/5,000, ou à 1/10,000.

Nous connaissions déjà l'extrait de capsules surrénales : nous l'avions essayé à différentes reprises, mais il n'avait pas donné, entre nos mains, les résultats merveilleux que d'autres expérimentateurs disaient avoir obtenus avec son emploi.

Son application sur les muqueuses, provoquait une sensa-

tion de brûlure, de picotements assez désagréables, qui, joints à son efficacité inconstante, nous en avaient fait rejeter l'emploi. Nous n'obtenions pas avec lui cette vaso-constriction énergique que d'autres auteurs vantaient à juste titre, sans doute. Cela tenait-il à la variabilité des préparations de l'extrait, comme le pensent les Américains, c'est possible. En tout cas, en France du moins, son emploi ne s'était pas généralisé.

Aussi, depuis 1897, les chimistes les plus éminents ont-ils dirigé leurs efforts dans la recherche du principe actif.

En 1897, le professeur Abel, de Johns Hopkins University, crut l'avoir trouvé dans une substance qu'il désigna sous le nom d'*Épinéphrine*.

En février 1900, le Dr Otton von Furth, de Strasbourg, démontra l'impureté de l'épinéphrine et annonça à son tour avoir découvert le principe actif de l'extrait de capsules surrénales qu'il nomma *Suprarénine*.

Dans une communication récente (mars 1901), le professeur Abel affirme que la suprarénine n'est qu'une modification de l'épinéphrine.

Ce fut le 27 mars 1901 qu'à la section de laryngologie de l'Académie de médecine de New-York, le chirurgien Emile Mayer, de New-York, rapporta les expériences qu'il avait faites avec l'adrénaline.

Nous ne relaterons pas ici les détails de son intéressante communication (*Philadelphia medical Journal*, 27 avril 1901), pas plus que l'action du médicament en injection intra-veineuse; qu'il nous suffise de vous dire, qu'employés de cette façon, 8 millionièmes de gramme ont augmenté la pression sanguine d'une quantité représentée par une colonne de mercure de 14 millimètres, et vous aurez une idée du degré d'action de l'adrénaline.

Nous ne vous parlerons pas non plus des résultats que le Dr Norton Wilson en a obtenus et qu'il a relatés dans le *The Laryngoscope*, juillet 1901. Ce dernier auteur a employé le

médicament en applications directes ou en pulvérisations dans les affections oculaires, nasales, buccales, laryngées et auriculaires, et en a été dans tous les cas extrêmement satisfait.

La petite quantité de substance active dont nous disposions ne nous a pas permis de l'utiliser en pulvérisations; nos expériences, les premières en France, que nous sachions, ont été réalisées par des applications directes de la solution sur les muqueuses et d'une pommade que nous avons fait composer au moyen d'une tablette de tartrate d'adrénaline.

Nous avons employé l'adrénaline dans un grand nombre d'affections différentes, chaque fois que nous voulions obtenir une décongestion rapide de la muqueuse ou une vasoconstriction énergique.

A la clinique de la Faculté, où nous avons fait une grande partie de nos expériences, un élève, M. Trivas, recueillait, au fur et à mesure, les renseignements que nous lui dictions sur l'action immédiate, et que les malades lui donnaient ultérieurement sur l'effet consécutif à l'application du médicament.

Nous avons fait usage de l'adrénaline en solution dans trois ordres de lésions : *a)* dans les inflammations plus ou moins aiguës des muqueuses; *b)* dans leur simple congestion par vaso-dilatation; enfin, *c)* pour obtenir une hémostase parfaite sur le champ opératoire nasal, buccal, laryngé ou auriculaire.

Emploi de l'adrénaline dans les lésions inflammatoires aiguës ou chroniques.

Nos expériences ont porté sur des malades atteints de coryza aigu, d'abcès péri-amygdaliens, de laryngite bacillaire.

Pour ne pas allonger outre mesure cette communication, nous prendrons un cas au hasard de chacune de ces catégories en transcrivant purement et simplement les notes recueillies au jour le jour.

Coryza aigu. — M. T..., trente-quatre ans. Coryza aigu datant de trente-six heures. Application sur la muqueuse nasale d'une solution à 1 o/oo. Violent accès d'éternuement. Quelques secondes après, la muqueuse blanchit et se rétracte, laissant libres les deux fosses nasales. De neuf heures du matin, heure de l'application, à trois heures de l'après-midi, la respiration nasale reste libre et il n'y a pas d'éternuement. La sécrétion est très modérée. Vers le soir, réapparition des phénomènes aigus, qui se sont surtout accentués vers 10 heures du soir; le lendemain, disparition des phénomènes et du coryza.

Abcès péri-amygdalien. Incision au galvanocautère. — H..., soixante-neuf ans, se présente à la clinique le 28 octobre 1901, avec abcès péri-amygdalien antéro-supérieur gauche. Bien que les phénomènes douloureux ne datent que de quatre jours, le voile du palais bombe beaucoup; il est rouge et œdématié. Gros œdème de la luette. Application d'adrénaline à 1/3,000 sur le point à inciser, à la face antérieure du pilier antérieur, au-dessus de la loge sus-amygdalienne, puis cocaïnisation de ce point. Ensuite ouverture de l'abcès au galvanocautère. Après avoir traversé toute l'épaisseur du voile infiltré, issue d'une grande quantité de pus fétide.

Le malade affirme n'avoir ressenti qu'une très légère douleur au moment de l'incision au fer rouge.

Laryngite bacillaire. Curettage. — H..., cinquante ans, infirmier. Laryngite bacillaire ulcéro-œdémateuse avec état polypoïde interaryténoïdien (7 novembre 1901). Application dans le larynx d'une solution d'adrénaline à 1/3,000, puis cocaïnisation avec une solution de chlorhydrate de cocaïne à 1/10. On constate aussitôt une rétraction très marquée des parties infiltrées et bourgeonnantes. Curettage. L'anesthésie a été à peu près complète, et le curettage eût pu être fait facilement sans la résistance réflexe du malade. Attouchement final et écouvillonnage à la glycérine phéniquée au 1/5.

Emploi de l'adrénaline dans les lésions congestives par vaso-dilatation.

Les malades chez lesquels l'adrénaline a été employée pour cette catégorie d'affections étaient porteurs de coryza spas-

lique avec ou sans hydrorrhée et de rétrécissement aire congestif.

oryza spasmodique avec hydrorrhée. — Mme G..., cinquante- ans, atteinte de coryza spasmodique avec hydrorrhée, a subi, a trois ans, des cautérisations galvaniques de la muqueuse des ets inférieurs et une ablation d'éperon. Elle a été fortement liorée par ce traitement, et n'est revenue à la clinique que le ptembre 1901.

endant septembre et octobre, on se borne à un traitement iatif à la pommade cocaïnée.

octobre 1901. — Crise de coryza hydrorrhéique. Badigeon- e de la muqueuse des deux cornets inférieurs avec une solution rénaline au 1/5,000. Pâlissement et rétraction immédiate de la queuse des cornets. Les deux fosses nasales sont libérées séance nte (10 heures 45 du matin).

novembre 1901. — Le jour de l'application de l'adrénaline octobre) les fosses nasales sont restées libres jusqu'à 6 heures oir. Deuxième application, mêmes phénomènes.

novembre. 10 heures du matin. — La malade doit avoir iré librement toute la journée d'hier et avoir dormi la bouche ée. Nouveau gonflement de la muqueuse; nouvelle application rénaline.

novembre. — Même répétition. On donne à la malade une tion à 1/5,000 pour se faire elle-même des applications dans ez.

novembre. — L'action du médicament devient de moins en ns longue au dire de la malade; il est vrai que c'est elle-même applique le médicament.

novembre. — Le côté gauche est libre. A droite, la muqueuse encore tuméfiée, rugueuse et pâle.

a malade se sent très bien. Plus d'hydrorrhée.

mme toute, l'application est suivie chez elle d'un grand soula- ent et d'une rétraction immédiate de la muqueuse. La crise rorrhéique est devenue très supportable et a été écourtée par age de l'adrenaline.

étrécissement tubaire congestif. — M. X... est atteint d'otite enne chronique sèche avec poussées catarrhales dues à une ertrophie des cornets inférieurs. La trompe est très rétrécie mo nents et l'air y passe di ficilement.

vant chaque cathétérisme, on met quelques gouttes de solution

d'adrénaline à 1/10,000 dans la sonde et on pousse cette solution dans le canal tubaire.

Quelques instants après, l'air passe beaucoup mieux et, de ce fait, la surdité du malade en est très améliorée.

Hémostase dans les interventions sur les muqueuses nasale, buccale, laryngée et auriculaire.

Nous avons expérimenté la solution d'adrénaline dans des interventions bien différentes telles que l'amygdalotomie, la turbinotomie ou résection de la muqueuse du cornet inférieur, l'ablation d'éperon de la cloison, le curettage des cellules ethmoïdales, l'ablation d'une parcelle de tumeur maligne de la fosse nasale, l'arrêt d'un épistaxis par varice de la cloison, l'ablation de polypes ou de fongosités de l'oreille, le curettage d'un naso-pharynx porteur d'adénoïdite chronique, la ponction du sinus maxillaire: Quelques observations suffiront à montrer la valeur du médicament.

Polype du conduit. Ablation. — G..., trente-quatre ans, atteint d'otite moyenne suppurée droite avec fongosité sur le tympan. Application d'adrénaline à 1/3,000. La fongosité blanchit fortement. Badigeonnage à la cocaïne à 1/10. Ablation de la fongosité à la curette. Pas le moindre écoulement sanguin malgré le raclage énergique du point d'implantation de la fongosité sur le cadre tympanique. Cette ablation a été à peine sentie par le malade. Il n'y a pas eu d'hémorragie consécutive.

Volumineux éperon de la cloison. Résection. — C..., vingt-deux ans, 9 novembre 1901. Application d'une solution d'adrénaline à 1/1,000. Rétraction et blanchissement immédiats et très marqués de la muqueuse. Badigeonnage à la cocaïne à 1/10. Résection de l'éperon avec l'ostéome de M. Moure. Opération à peu près exsangue et sans douleur. Pas d'hémorragie consécutive.

Turbinectomie antérieure. — C..., vingt-huit ans, cultivateur, habite Agen. Doit subir, dans quelques jours, une cure radicale de sinusite maxillaire droite. Cornet inférieur droit très volumineux. Pour éviter la rétention du pus dans le sinus au cas où il se produirait une réinfection plus tard, le malade n'habitant pas Bor-

deaux, on se décide à faire l'ablation de la partie antérieure du cornet inférieur, muqueuse et os compris.

Application d'une solution d'adrénaline à 1/1,000. Cocaïnisation. Opération exsangue (ablation à la pince de Laurens). Aucune douleur. Pas d'hémorragie consécutive.

Il est intéressant d'ajouter que ce malade a subi, quelques jours plus tard, la cure radicale de la sinusite maxillaire. Une fois le sinus ouvert par la fosse canine par le procédé d'usage, on vit la cavité non seulement remplie de pus fétide, mais d'énormes fongosités, qui saignaient au moindre attouchement Après un premier raclage à la grosse curette pour enlever les plus volumineuses dégénérescences de la muqueuse, on fait un badigeonnage avec une solution de chlorhydrate d'adrénaline à 2,0/00 environ.

Immédiatement le reste des fongosités devint pâle, et l'écoulement sanguin, sans s'arrêter complètement, diminua cependant d'une façon notable. L'opération fut ensuite continuée, nous ne pouvons pas dire sans effusion de sang, car le malade saigna d'une façon ordinaire. Nous ne doutons pas que dans un cas semblable, sans l'adrénaline, l'hémorragie eût été plus considérable, tant les tissus étaient vasculaires et enflammés. C'est là un essai à reprendre dans une autre opération de ce genre.

Pendant l'ablation de la pituitaire qui tapisse la paroi nasale du sinus, l'écoulement sanguin fut pour ainsi dire à peu près négligeable, alors qu'on observe parfois des hémorragies assez abondantes pour nécessiter tout au moins un tamponnement momentané.

Epistaxis par varice nasale. — D..., quarante-trois ans, vient à la clinique le 14 novembre 1901 pour épistaxis à répétition depuis huit jours. Ces épistaxis durent parfois plusieurs heures. Saigne actuellement. Application d'un petit tampon d'ouate imbibé de solution d'adrénaline à 1/1,000. Arrêt rapide de l'épistaxis.

15 novembre. — Le malade n'a pas saigné depuis l'application d'adrénaline.

18 novembre. — Nouvelle épistaxis le *16* et le *17*. Le *17*, l'hémorragie a été assez longue. Cautérisation au galvano de la varice nasale après application d'adrénaline et de cocaine. Ni sang ni douleur.

On voit, d'après les exemples que nous rapportons, combien est efficace la solution d'adrénaline.

Il n'est pas douteux que nous nous trouvions là en présence

d'un agent médicamenteux de premier ordre, d'un vaso-constricteur énergique, à action prolongée.

On peut dire de l'adrénaline qu'elle est à l'extrait de capsules surrénales ce que la cocaïne est à l'extrait de coca.

Certes, nous possédons dans la cocaïne un excellent topique qui jouit de la double propriété d'être vaso-constricteur et anesthésique : nous ne prétendons nullement que l'adrénaline puisse remplacer la cocaïne en quoi que ce soit : elle se borne à être vaso-constrictive, mais elle possède ce pouvoir à un très haut degré, et son action se fait sentir même sur les muqueuses enflammées alors que la cocaïne employée seule est inefficace.

Dans les lésions inflammatoires des muqueuses, l'application en surface d'une de ces solutions au 1/1,000, au 1/3,000 ou même au 1/5,000 amène une décongestion immédiate et permet à la cocaïne de produire ses effets comme sur une muqueuse saine. Bien plus, elle les prolonge même au delà de leur durée habituelle. Chez certains malades, l'application d'adrénaline sur une muqueuse enflammée provoque de petits picotements qu'on réduit au minimum d'intensité et de durée en faisant un mélange de solution d'adrénaline et de cocaïne. Nous avons employé le mélange suivant qui nous a donné d'excellents résultats :

Solution d'adrénaline à 1/5,000.	10 grammes
Solution de chlorhydrate de cocaïne à 1/10 .	5 —

On sait combien est difficile, souvent même impossible la cocaïnisation de la muqueuse laryngée ulcéro-œdémateuse des tuberculeux. Avec l'adrénalisation, la difficulté nous paraît devoir être levée, et il sera possible de faire profiter un plus grand nombre de tuberculeux du larynx du raclage et même de l'ablation des fongosités qui obstruent l'organe vocal, et ce sans douleur, par les voies naturelles.

Plusieurs malades porteurs de coryza spasmodique avec ou sans hydrorrhée, chez lesquels nous avons employé l'adréna-

line, ont obtenu un soulagement immédiat, mais seulement temporaire. Il a duré de quelques heures à des journées et des nuits entières. Est-ce à dire pour cela que le médicament guérisse cette affection : loin de nous cette prétention. Evidemment, chez certains nerveux qui possèdent un peu de gonflement de la muqueuse, l'application pourra entraîner une guérison rapide, mais cette guérison ne s'observe-t-elle pas par une foule de moyens comme l'emploi de la pommade cocaïnée, le massage de la muqueuse, l'air chaud, une émotion vive, la crainte d'une opération, etc.?

La rétraction de la muqueuse tuméfiée est plus profonde et plus durable qu'avec la cocaïne, voilà ce qu'on peut affirmer.

Nous ajouterons que l'adrénaline semble produire moins facilement des tendances à la syncope que ne le fait la cocaïne. En effet, dans les opérations intra-nasales, il n'est pas rare de voir survenir, à la suite de l'application de solutions cocaïniques au 1/10, un état syncopal qui oblige parfois l'opérateur à suspendre son intervention. Avec l'adrénaline, même dans les cas de solution au 1 o/oo et cocaïnisation consécutive, nous n'avons jusqu'à présent observé aucun fait semblable. Les auteurs qui ont fait usage de ce topique n'ayant pas signalé le fait, il est donc intéressant de le noter.

Enfin l'action vaso-constrictive de l'adrénaline trouve une merveilleuse application dans les opérations sur les muqueuses. Un badigeonnage avec une solution au 1 o/oo, suivi d'une cocaïnisation, permet d'opérer sur un champ à peu près exsangue. L'anesthésie en est accrue et la perte de sang nulle.

Quelques auteurs ont observé, une heure après l'opération, un petit suintement sanguinolent comme il s'en produit parfois beaucoup plus tôt, et en plus grande abondance, avec l'emploi de la cocaïne seule. Nous n'avons jamais encore observé cet inconvénient, et nous nous l'expliquons de deux façons : ou bien parce que la rétraction énergique des petits vaisseaux provoquée par l'adrénaline n'est pas suivie d'une vaso-dilatation inverse, comme on le voit après la cocaïnisation.

ou bien parce que l'hémostase a été suffisamment prolongée pour qu'il se soit fait un caillot dans les vaisseaux ouverts, et qu'ainsi soit rendue impossible toute hémorragie secondaire.

Nous ne sachions pas que l'adrénaline ait encore été employée dans l'amputation du col utérin, les interventions partielles sur la langue, le voile du palais, la face interne des joues, dans les rétrécissements infranchissables de l'urètre et de l'œsophage, mais nous ne doutons pas que MM. les Chirurgiens généraux ne tarderont pas eux aussi à en apprécier la valeur et à en étendre l'emploi.

Les oculistes américains s'en sont déjà emparés, et elle a donné, entre leurs mains, les mêmes résultats favorables.

Peut-être même les médecins à leur tour voudront-ils contrôler et utiliser le pouvoir vaso-constricteur extrêmement énergique de l'adrénaline. Un médecin américain n'a-t-il pas trouvé qu'une solution à 1/200,000, injectée dans les veines, produisait déjà, chez l'homme, une augmentation sensible de la pression sanguine?

L'adrénaline, à notre avis, n'est pas un de ces médicaments qui perdent de leur valeur et surtout de leurs vertus à mesure qu'ils s'éloignent des mains de ceux qui les ont préconisés les premiers.

En oto-rhino-laryngologie, elle est certainement appelée à rendre de grands services comme vaso-constricteur, et, ne serait-elle employée que dans cette branche de la médecine, nous n'en considérerions pas moins comme un honneur d'avoir contribué à en vulgariser l'emploi.

REVUE GÉNÉRALE ET ANALYSES

BOUCHE ET PHARYNX BUCCAL

Phlegmon hémilatéral de la langue *(Halbseitige Zungenphlegmone)*, par le Dr HOFMANN.

Mécanicien, âgé de quarante-huit ans, souffre depuis dix-huit jours de dysphagie. Le timbre de la voix rappelle celui

qu'on observe dans l'abcès de l'amygdale. Cependant, le larynx, le pharynx et l'épiglotte sont parfaitement sains. Le malade peut à peine tirer la langue. La base de la langue présente, à droite, une tumeur dure, rouge, très douloureuse à la pression, et qu'on peut sentir même à travers le plancher de la bouche, à droite du frein de la langue. Il s'agit donc d'hémiglossite suppurée. Le malade a eu, depuis un an, deux accès d'angine. Cette fois, la maladie aurait également débuté par une angine. Le malade a bu beaucoup d'eau sucrée chaude, pour faire passer la dysphagie, mais ce moyen n'a eu pour conséquence que l'affection actuelle de la langue, qu'il se serait probablement brûlée, en créant ainsi une porte d'entrée aux microorganismes virulents qu'il recélait déjà dans sa gorge. (*Münch. med. Wochens.*, nº 41, 1901.)

Dr JANKELEVITCH.

Bactériologie pathologique du pharynx, par le Dr PARMENTIER, de Bruxelles.

Le travail de l'auteur l'amène à considérer l'antisepsie comme méthode de choix pour prévenir et combattre les infections secondaires qui compliquent les angines. (*Progrès méd. belge*, nº 19, 1er oct. 1901, et *Journ. méd. de Bruxelles*, nº 41, 10 oct. 1901.)

Dr A. CAPART fils.

Chancre syphilitique du voile du palais, par M. DRUELLE, interne de Saint-Lazare.

Il s'agit d'une malade entrée à Saint-Lazare pour un mal de gorge qu'elle avait cru causé par un refroidissement.

A l'examen, on voit une ulcération située sur le voile du palais, à gauche de la ligne médiane. Cette ulcération a la forme d'une ellipse et se prolonge en arrière dans l'interstice des deux piliers, sans atteindre l'amygdale. La lésion est très peu creusée, et nulle part ses bords ne sont à pic ou décollés; son fond est lardacé et grisâtre. Au toucher, on sent une induration très appréciable.

On trouve des ganglions peu volumineux, mais durs et indolents au palper.

M. Julien porte le diagnostic de chancre syphilitique, diag-

nostic confirmé par l'apparition d'une roséole et de plaques muqueuses. (*Journ. des mal. cutanées et syphil.*, sept. 1901.

Dr G. Dupond.

NEZ ET PHARYNX NASAL

Du morcellement des végétations adénoïdes, par le Dr Roure, de Valence (Drôme).

Depuis que l'opération des végétations adénoïdes est entrée dans la pratique, les auteurs se sont toujours efforcés d'enlever le plus rapidement possible et le plus complètement ce tissu morbide naso-pharyngien. C'est à ce seul prix qu'ils ont amené, par exemple, la disparition de phénomènes auriculaires qui avaient résisté jusque-là à une ablation incomplète de l'amygdale pharyngée.

Voici qu'une ère nouvelle semble se lever pour les adénoïdiens.

Un de nos confrères, *qui en a opéré 33*, vient préconiser une méthode de son invention, qui va révolutionner l'adénotomie classique. Pour lui, la curette est un mauvais instrument, car son emploi donne lieu à une forte hémorragie de « nature à effrayer l'entourage du malade »; elle crée une vaste surface saignante et fait courir à la trompe d'Eustache les plus grands dangers. L'auteur « ne s'aventure jamais dans ces régions que lorsque l'indication est formelle » et encore a-t-il « recours pour cela à des curettes latérales bien moins dangereuses ». « Le morcellement en plusieurs séances réalise (à l'entendre dire), l'idéal de la méthode. » Il l'exécute au moyen d'une pince, en trois à six séances.

Parfois, il est obligé de faire en une séance, mais alors la pince est introduite à cinq ou six reprises différentes; si le malade a de trois à cinq ans, il *l'endort au chloroforme.*

L'auteur se félicite que la pince n'enlève du tissu adénoïde que la partie insérée sur la ligne médiane du naso-pharynx. « Soyons, dit-il en terminant, un peu plus économes du tissu adénoïde du pharynx nasal... ne privons pas une porte d'entrée importante de notre organisme de l'un de ses principaux moyens de défense. » (Extr. du *Bul. de la Soc. médico.-chir. de la Drôme et de l'Ardèche,* juill., 1901.) Dr Brindel.

Contribution à l'étude des polypes saignants de la cloison nasale, par le Dr Nadoleczny, de Munich.

A propos de l'observation d'une jeune malade enceinte atteinte d'une affection de ce genre, l'auteur fait un rapide aperçu des néoplasmes *bénins* de la partie antérieure de la cloison. Je dis « bénins », parce que M. Nadoleczny ne fait pas, dans son travail, la moindre allusion aux tumeurs malignes occupant le même siège et qui reconnaissent peut-être leur origine dans un néoplasme bénin de la même région.

La malade de M. Nadoleczny, se trouvant au sixième mois de sa grossesse, on temporisa pendant deux mois par crainte d'une hémorragie consécutive à l'opération. Devant des hémorragies spontanées et répétées, on intervint enfin sans qu'aucune complication se produisit.

Examinée au microscope, la tumeur était constituée par un tissu fibro-angiomateux : c'est là le cas le plus ordinaire, le développement plus ou moins accusé du tissu veineux formant toujours la base, le substratum des tumeurs de la cloison. (*Ann. des mal. de l'oreille,* n° 10, oct. 1901.) Dr Brindel.

LARYNX ET TRACHÉE

Extirpation totale du larynx pour rétrécissement de cet organe, par le Dr Jaboulay.

M. Le Dentu présente, au nom de M. Jaboulay, de Lyon, un malade qui a subi, au mois de mars 1900, l'extirpation complète du larynx, pour un rétrécissement syphilitique de cet organe. Actuellement, ce malade porte un larynx artificiel, grâce auquel il peut parler, boire, manger et même respirer; toutefois, sa trachée est encore munie d'une canule qui a été appliquée à la suite d'une trachéotomie faite d'urgence pour des accidents asphyxiques survenus avant la laryngectomie. (Acad. de méd., 22 octobre 1901. *Semaine méd.*, n° 44, octobre 1901.) Dr F. Ardenne.

Cancer de l'œsophage avec perforation trachéo-œsophagienne, par le Dr Jean Buy.

Il s'agit d'un homme entré à l'hôpital en état de cachexie : après examen, on conclut à l'existence d'un cancer de l'œso-

phage compliqué de phénomènes pulmonaires. L'autopsie vient confirmer le diagnostic. On trouva, en effet, une ulcération cancéreuse de l'œsophage, située au niveau de la bifurcation de la trachée et sur la paroi œsophagienne correspondante. L'œsophage n'est pas envahi dans toute sa circonférence, la moitié postérieure se trouve saine.

L'intérêt de cette pièce nécropsique réside dans une perforation trachéo-œsophagienne placée à peu près au niveau de la bifurcation et de la trachée; elle explique les troubles pulmonaires, tout au moins ceux de la dernière heure. (Soc. anat.-clin. de Toulouse, séance du 5 sept. 1901, *in Écho méd.*, 19 oct. 1901.)

Dr G. Dupond.

OREILLES

Sur un cas de surdité verbale pure due à un abcès du lobe temporal gauche, d'origine otitique. Trépanation. Guérison, par le Dr Goris.

Chez un homme de trente-sept ans, atteint d'une otorrhée remontant à l'enfance et ayant présenté, à différentes reprises, des périodes d'augment et des périodes de calme, survint, en janvier 1901, une recrudescence de la suppuration avec douleur assez vive au niveau du temporal. Le pus qui s'écoulait de l'oreille était extrêmement fétide, et le malade, sombre et taciturne de sa nature, se montrait, par contre, très exubérant et très excité. Il racontait avec force détails l'histoire de sa maladie et ses souffrances actuelles, mais il était atteint de surdité verbale absolue. La parole pour lui n'avait plus aucune signification. Les papilles étaient normales.

M. Goris, dans une première séance, fit à ce malade une cure radicale. Chemin faisant, après avoir traversé une coque éburnée, il tomba sur une cavité remplie de pus et de fongosités. Le sinus latéral sain était à nu dans la plaie. Le toit de l'antre faisait défaut et la dure-mère battait.

Après une amélioration manifeste de trois jours, et une disparition momentanée de la surdité verbale, celle-ci réapparut de plus belle. Une couronne de trépan fut appliquée sur le lobe temporal, à 3 centimètres au-dessus du méat, et mit à nu un abcès dont le pus fit irruption au dehors. L'auteur mit en

communication l'orifice du trépan avec la cavité de la cure radicale, draina et aspira le pus pendant douze jours. Il eut la satisfaction de voir son malade se rétablir totalement en deux mois et demi. La surdité verbale avait disparu dès les premiers jours qui suivirent l'intervention. (Extr. des *Ann. de la Société belge de chir.*, n° 10, 1900. Hayez, imprimeurs, Bruxelles, 1901.)

Dr BRINDEL.

Fracture du crâne. Blessure du sinus latéral. Mort, par M. le Dr CESTAN, ag. égé.

L'auteur rapporte l'observation d'un enfant de treize ans qui, à la suite d'une chute de 5 mètres de hauteur, présentait sur la région temporo-occipitale droite une plaie contuse linéaire avec, au-dessus, un enfoncement de la paroi cranienne. Le malade perdait du sang par l'oreille.

Pendant l'intervention pour enlever les fragments osseux, une hémorragie abondante se produisit, et, avant que l'on ait pu lier le sinus, l'enfant cessait de respirer.

L'autopsie montra : 1° que le foyer de fracture était bien limité, sans irradiation, ni vers la voûte, ni vers le trou occipital ; 2° que le sinus latéral avait été perforé en trois points voisins, à l'union de sa partie horizontale avec sa partie verticale ; 3° qu'il existait, sur la face antérieure du rocher, une fissure parallèle au rocher, indépendante du foyer de fracture principal ; cette fissure expliquait l'otorragie ; 4° qu'il n'y avait aucune trace de contusion cérébrale au niveau du pôle opposé à la fracture.

En résumé, il faut retenir de ce cas : 1° que les fractures de l'étage postérieur du crâne, portant sur la région occipito-mastoïdienne, peuvent s'accompagner de blessure du sinus latéral, blessure que rien ne permet parfois de soupçonner par avance ; 2° qu'au cours de l'intervention et de l'ablation des esquilles, des hémorragies formidables peuvent se produire, capables d'emporter rapidement le malade par anémie bulbaire subaiguë si l'on ne met la plus grande hâte à pratiquer l'hémostase. (*Écho méd.*, 19 oct. 1901.)

Dr G. DUPOND.

...aux. — Impr. G. GOUNOUILHOU, rue Guiraude, 11.

TABLE DES MATIÈRES[1]

TOME XXI — Vol. II, 1901

Acoustique *(Nerf)*

Tumeur du —. 394

Amygdale

Abcès amygdalien et péri-amygdalien. 273
Abcès périamygdalien chronique 499
Ablation extemporanée des —. . 65
Ablation par énucléation 327
Absence complète des —. . . . 410
— au point de vue clinique . . . 743
Calcul de l' — gauche 661
Chancre de l' —. 660, 738
Epithélioma de l' — 294, 438
Hémorragie par abcès périamygdalien. 166
Histologie des altérations rétrogrades des — chez l'adulte . . 741
Kérato-mycose de l' — 376
Sarcome de l' — (cas de) 601
Tumeur maligne de l' — 471
Ulcération superficielle des — et des piliers. 473

Amygdalite

— ulcéro-membraneuse. . . 140, 383

Angines

— à bacilles fusiformes et syphilis 196
— à bacilles fusiformes. 231
— phlegmoneuse; complications à la suite d' —. 751

Aphasie

— congénitale (mutité sans surdité). 143

Aphonie

— hystérique guérie par suggestion. 237

Apophyse mastoïde

Affection de l' —, avec symptômes inusités. 125
Affection de l' — accompagnée de symptômes rares. 366
Algie mastoïdienne hystérique et pseudo-vertige de Ménière. . . 36
Anatomie et pathologie de la veine émissaire mastoïdienne. . . . 604
Cellulite mastoïdienne aberrante 145
Furonculose du conduit auditif simulant une périostite de l' — 143
Mastoïdite sans otite 33
Mastoïdite et abcès sous-dural. . 63
Mastoïdite de Bezold avec thrombo-phlébite du sinus latéral. . 417
Mastoïdite suppurée à évolution anormale 446
Mastoïdite dite primitive (de la). 543
Mastoïdites par suppuration des cellules aberrantes (de la mort dans les). 447
Note sur une cellule spéciale de de l' —. 142
Opération mastoïdienne au cours des maladies constitutionnelles 268

1. Les chiffres en *caractère gras* se rapportent aux travaux originaux parus dans la Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie; les chiffres *ordinaires,* aux analyses.

Bibliographie

Atlas des maladies du nez. . 117, 656
Atlas des maladies du nez, du naso-pharynx et des cavités accessoires. 472
Histoire des maladies du pharynx (période gréco-romaine, byzantine et arabe). 107
International directory of laryngologists and otologists. . . . 473
Manuel de thérapeutique clinique (maladies spéciales). . . . 115
Phtisie laryngée 116
Recherches anatomiques, cliniques et opératoires sur les fosses nasales et les sinus. . . . 325
Thérapeutique des maladies de l'oreille. 653

Bouche

Antagonisme entre l'état de la peau et de la muqueuse buccopharyngée dans le cours de la syphilis secondaire. 383
Chancres extra-génitaux 754
Chancre syphilitique de la muqueuse buccale (diagnostic différentiel du). 24
Epithélioma de la — 328
Lupus érythémateux de la muqueuse buccale. 349
Stomato-gingivite par évolution de la dent de sagesse. 195

Cerveau

Abcès du —, rupture dans le quatrième ventricule. 333
Abcès du — et paralysie faciale consécutive à la carie du rocher 395
Abcès cérébraux (deux cas d'). . 507
Surdité verbale pure, due à un abcès du lobe temporal gauche d'origine otitique. 767

Cholestéatome

Voir Temporal, Apophyse mastoïde)

Hémorragie de la carotide interne à la suite d'un — 303
— du temporal et son traitement 392
— sans suppuration. 641

Cloison

Abcès chaud de la —
Correction des déviations
Déformation de la —
ment par le trépan
Déviation extrême —
obstruction unilatérale complète . . . . . .
Fente de la — c
dans la grippe. 428
Lupus de la — 537
Opération d'Asch pour corriger les déviations de la — 120
Opération supra-labiale (méthode Harrisson Allen) pour déviation de la —. 735
Perforation du cartilage de la — 466
Polypes saignants de la —. . . . 76
Résorption de la — cartilagineuse due à la pression exercée par des polypes du nez. 51
Ulcère chronique de la — d'origine tuberculeuse. 62
Vertige nasal par ablation d'un copeau de la — 41

Comptes Rendus et Programmes des Sociétés

Association américaine de laryngologie (XXII[e] Congrès annuel), Washington, mai 1900. 136, 1
Association américaine de laryngologie (XXIII[e] Congrès annuel), New-Haven, mai 1901. . 7
Société danoise d'otologie et de laryngologie. 1
Société des connaissances médicales de Kœnigsberg. 2
Société de laryngologie de Londres, 4 janvier 1901. . . . 288, 3
Société de laryngologie de Londres, 1[er] février 1901. . . 404, 4
Société de laryngologie de Londres, 8 mars 1901. . . . . 464, 4
Société de laryngologie de Londres, 12 avril 1901 5
Société de laryngologie de Londres, 3 mai 1901 5
Société de laryngologie de Londres, 7 juin 1901. . . . . 595, 6

Société de laryngologie du XIIIe Congrès international de médecine, Paris, 1900 189

Cordes vocales

Angio-fibrome récidivant des —. 320
Epithélioma de la — gauche. . . 559
Infiltration de la — depuis trois mois. 525
Infiltration de la — depuis six mois 525
Infiltration de la — depuis six mois 601
Néoplasme du larynx avec parésie de la — gauche. 526
Nodules des —. 539
Nodules vocaux 745
Paralysie des — due à l'abus du téléphone 162
Paralysie abductrice bilatérale. . 323
Paralysie de la — gauche en position cadavérique, avec paralysie faciale 469
Paralysie récurrentielle bilatérale chez une tabétique. 474
Paralysie de la —, avec empyème de l'antre droit. 494
Paralysie complète des — simulant une paralysie abductrice à la suite de la syphilis. 503
Paralysie de la — gauche par anévrysme de l'aorte 603
Paralysie abductrice bilatérale dans le tabes. 634
Paralysie de la — (quelques cas de) 748
Paralysie du spinal en deçà de l'origine de la branche anatomique du vago-spinal. 511
Thyrotomie pour tumeur maligne des —. 600
Tumeur de la — droite. 322
Tumeur bénigne de la — droite. 441
Tumeur de la — chez un enfant. 495
Tumeur de la — droite, avec tuméfaction de la jambe, chez un enfant de douze ans. 523

Cornets

— moyen bulleux. 161
Chirurgie des — par une nouvelle méthode opératoire. 165
Hypertrophie de la muqueuse du — inférieur simulant une tumeur maligne du nez. 401
Kyste séreux du — inférieur et du plancher du nez. 431

Corps étrangers

(Voir les différents organes)

Cou

Abcès profond du — consécutif à une otite. 73
Actinomycose cervico-faciale . . 399
Hygroma kystique du — 398

Crane

Fracture du —, avec blessure du sinus latéral; mort. 768

Diphtérie

Bacille diphtérique (considérations générales au sujet du). . 32
Bacille diphtérique et pseudo-diphtérique du nez et de la gorge (étude comparée du). . 508
Paralysies diphtériques (traitement par la sérothérapie des) . 381
Trachéotomie dans la — 54

Épiglotte

Tumeur pédiculée de l' —. . . . 124

Épistaxis

— impaludique et traitement par le sulfate de quinine. 353
Traitement des — dans les limites du praticien général. . . . 412
Traitement des — par l'eau oxygénée 502

Face

Autoplastie frontale. 174
Tuméfaction de la joue et de la paupière. 319
Ulcération épithéliomateuse très étendue de la — avec destruction du nez. 751

FACIAL *(Nerf)*

Névralgie faciale, avec catarrhe nasal chronique. 110
Paralysie faciale d'origine dentaire. 263
Paralysie faciale due à un cheveu irritant la membrane du tympan. 364
Paralysie faciale et abcès du cerveau consécutifs à la carie du rocher. 395
Paralysie faciale dans l'otite moyenne suppurée au début. . 476

FOSSES NASALES

(Voir aussi NEZ)

Altérations des — dans certaines maladies générales chroniques non spécifiques. 354
Anatomie du catarrhe nasal. . . 732
Asymétrie des —. 733
Atrésies nasales antérieures et postérieures; traitement opératoire. 121
Corps étrangers des — . . 46 et 663
Névralgie faciale et catarrhe nasal chronique. 110
Ostéomes des — et des sinus voisins. 657
Polypes récidivants des —. . . . 321
Polypes des —, avec difformité marquée. 404
Polypes des —. Récidive de polypes avec suppuration des sinus frontal et ethmoïdal. . 434
Rhinolithe chez un enfant. . . . 536
Spécimen d'occlusion d'une — par diaphragme osseux. . . . 569

GLANDES SALIVAIRES

Calcul salivaire sublingual. . . . 118
Extirpation totale de la — sous-maxillaire dans les calculs salivaires. 261
Lithiase salivaire de la — sous-maxillaire (sur deux cas de). . 369

INSTRUMENTS, APPAREILS, ETC.

Appareil pour massage vibratoire. 634
Nouveau miroir laryngé stérilisable. 387
Tréphine coupante pour opération des éperons et des déviations de la cloison. 408

INTUBATION

— pour papillome du larynx; sténose fatale consécutive à l'— 58
— dans la sténose chronique du larynx; de l'application de l'—. 747
Fixation des tubes d'O'Dwyer dans le larynx. 607
Moyen d'empêcher l'auto-extubation. 125

LANGUE

Adénome de la —. 195
Cancer de la —. 606
Épithélioma de la — chez une femme. 232
Glossite exfoliatrice marginée. . 638
Phlegmon unilatéral de la — . . 763
Sarcome de la — et du pharynx. 467
Varices de la base de la — comme symptôme du cancer de l'œsophage. 380

LARYNGITE

— avec hyperplasie sous-glottique. 527
— chronique avec épaississement de la partie postérieure du cricoïde. 466
— chronique avec ulcération d'une des cordes vocales. . . 523
— grippale 347
— sèche chronique ozéneuse. . 22
— sous-muqueuse infectieuse. 388
— striduleuse prolongée, en particulier dans la grippe. . . . 1
— suppurée. 503

LARYNX

Adéno-carcinome du —. Résection. 686
Affection laryngée pour diagnostic. . . . . 442, 497 et 498
Cancer du — de longue durée. 140

Cancer du — (diagnostic et traitement du —). 155
Évolution lente de certains cancers du — 487
Corps étrangers du — 255
Quelques cas curieux de corps étrangers du — 390
Dysphagie dans la tuberculose du — (Étude de la). 504
Épingle dans le — depuis deux ans. 163
Épithélioma supposé de —. . . 442
Épithélioma du — (Laryngectomie totale pour). 504
Épithélioma du —. 529
Étiologie du stridulisme congénital chez l'enfant . . . 573 et 606
Extirpation totale —. 492
Extirpation totale pour rétrécissement du — 766
Fibrome du — 161
Fibrome de l'œsophage obstruant le —. 750
Fièvre typhoïde et lésions pseudo-membraneuses du —. 236
Fièvre typhoïde et complications laryngées 237
Fractures sous-cutanées du — (Extension permanente de la tête comme moyen de traitement des) 505
Hémorragie du — 88
Kyste du — 161
Kyste par rétention des follicules de la vallécule. 465
Laryngectomie totale. 387
Laryngocèles (contribution à l'étude des) 19
Laryngocèles pour diagnostic (spécimen de). 528
Laryngocèle provenant d'une diphtérie laryngée primitive (spécimen de). 528
Lupus du — (contribution à l'étude du). 47
Néoplasme du —, avec parésie de la corde vocale gauche. . . . 525
Œdème inflammatoire aigu et abcès du —. 97
Pachydermie des apophyses vocales. . . . . 537 et 570
Papillome du — enlevé par la méthode endolaryngée 438
Papillome diffus chez un enfant. 449
Papillome volumineux du — . . 541
Papillome multiple du — 570
Paralysie combinée du — et du voile du palais. 362
Paralysie du crico-aryténoïdien postérieur. 45
Paralysie pseudo-bulbaire et phénomènes laryngés 541
Sténose fatale consécutive à l'intubation pour papillome du — 58
Sténose chronique totale du — . 540
Tuberculose du — (Traitement chirurgical de la). 444
Tuberculose du — chez un homme de dix-huit ans. 530
Tuberculose du — et grossesse . 664
Tuberculose primitive du pharynx et du — 713
Tumeur insolite de la paroi postérieure du —. 536
Tumeurs tuberculeuses du — .. 358
Tumeurs malignes du —. 471 et 596
Tumeurs du —. 558
Tumeur laryngo-pharyngée insolite chez une femme. . . . 568
Ulcération de nature tuberculeuse du — 595
Ulcération syphilitique du — . . 716
Utilité du tube laryngien dans la pratique (de l'). 666
Ventricule du — (éversion des). 305

Lèvres

Épithélioma des —. 50
Œdème éléphantiasique des — . 605

Maxillaires

Angiomes fissuraux (des). . . . 658
Carcinome du — supérieur. . . 264
Fracture comminutive du — supérieur avec sinusite consécutive. 265
Kyste dentaire du — supérieur. 443
Kyste odontopathique du —. . . 84
Traumatisme du conduit auditif externe dû à une lésion du — inférieur. 62

Médicaments

Acide trichloro-acétique (de l'action de l'). 416

Adrénaline (note clinique sur l'). 573
Adrénaline en oto-rhino-laryngologie (de l'emploi de l'). . 753
Eau oxygénée (propriétés décollantes de l'). 646
Extrait de capsule surrénale en rhinologie (de l'emploi de l').. 539
Gargarismes comme moyen thérapeutique (des). 168
Hémorragie secondaire après l'emploi d'extrait de capsule surrénale 159
Inhalation des liquides pulvérisés 505
Injections intra-veineuses d'hétol dans la tuberculose pulmonaire et laryngée. 414
Menthol-iodol en rhino-laryngologie 509

Naso-Pharynx

De quelques particularités morphologiques du — . . 689 et 721
La chirurgie des tumeurs du — . 750
Polype muqueux inséré au niveau de l'orifice de la trompe d'Eustache droite. 684

Nez

Acné hypertrophique du — (traitement chirurgical de l'). . . 638
Broncho-pneumonie d'origine nasale. 385
Chancre induré du — 203
Chondrome nasal 81
Destruction du — par un furet . 329
Epilepsie réflexe par affection nasale. 742
Fracture du —. 136
Kyste séreux du cornet inférieur et du plancher du —. 431
Lésions nasales, causes de grands troubles d'innervation. 52
Obstruction nasale myxœdémateuse 52
Prothèse nasale au moyen d'injection de paraffine (d'après le procédé d'Eckstein) 673
Séparation du cartilage supérieur du —. 632
Tuberculose du — . . . . 118 et 352
Ulcération épithéliomat due de la face, avec d du — . . . . . .

Odorat

Anosmie hystérique .
Influence de l'hystérie sibilité de la muque tive. . . . . .

Œsophag

Sou dans l'—; radio
Cancer de l'— avec p trachéo-œsophagien
Corps étrangers de l' voies aériennes; des —. . . . . .
Corps étrangers de l'— gotomie externe pou
Corps étranger de l'- signe trachéoscopiq
Dysphagie psychique (
Fibrome pédiculé de truant le larynx . .

Oreille

— et hystérie . . . .
— et les yeux (rela existe à l'état pathol tre l'). . . . . .
Carcinome de l'— (co à l'étude du). . . .
Flux supplémentaire truation par l'—. .
Massage vibratoire de l vation nouvelle sur
Massage de l'— (reche rimentales sur le) .

Oreille ext

a) Conduit auditi

Angiome du —. . . .
Exostose du — . . .
Furonculose du — sin périostite de l'apopl
Occlusion du méat et c un traumatisme. .
Occlusion du — par un me osseux. . . . .

Sarcome du —. 717
Traumatisme du — dû à une lésion du maxillaire inférieur. 62

b) Pavillon.

Anomalie du—, avec occlusion du conduit. 543
Kyste séreux du — 239
Othématome d'origine syphilitique 206

OREILLE MOYENNE

Affection compliquée de l' — (deux cas d') 229
Affections de l' — dans leurs relations avec la cavité crânienne 367
De l'état de l' — dans les fissures congénitales du palais. . . . 177
Affections dans les maladies infectieuses 544
Recherches anatomo-pathologiques sur la sclérose de l' —. . 670

OREILLE INTERNE

Commotion du labyrinthe (pathogénie de la). 205
Labyrinthite syphilitique secondaire. 477

OTITES

Abcès profond du cou consécutif à une —. 73
Complications cérébrales des —. 128
Contagion des — moyennes aiguës. 259
Méningite otitique. 173
— moyenne suppurée sans perforation du tympan; évacuation par la trompe 95
— moyenne chronique droite, avec accidents pseudo-méningitiques 542
— moyennes suppurées chroniques (de l'emploi du bleu de méthylène dans les) 544
Paralysies oculaires et — 64
Paralysies oculaires au cours des —. 506
Pyohémie d'origine otique. . . 173
Pyohémie d'origine otitique avec dermatomyosite sans thrombophlébite du sinus. 11
Sclérose auriculaire primitive des jeunes. 93
Septicémie avec — et thrombose du sinus. 395
Traitement des — moyennes aiguës par des insufflations d'air. 416

OTORRHÉE

Technique de la cure chirurgicale de l' — chronique. 392

OUIE

Anomalie sensorielle auditive (sur un cas d'). 184
Surveillance de l'audition. . . . 94

OZÈNE

— d'origine sphénoïdale probable (un cas d'). 160
Contribution à la pathogénie de l' —. 501
— et son traitement par le bleu de méthylène 538
— et son traitement 713
— dans les sinusites 343

PHARYNX

Abcès rétro-pharyngien chez les nourrissons 26
Affection de la gorge dans la rougeole 117
Antagonisme entre l'état de la peau et de la muqueuse buccopharyngée au cours de la syphilis secondaire 383
Bactériologie pathologique du — 764
Carcinome du —. 326
Corps étranger du — depuis quatre mois. 384
Corps étranger alimentaire du — laryngien. 351
Ecchymose du — après morcellement des amygdales 351
Enanthème du — dans la syphilis secondaire. 248
Fibro-myxome du — 51

Lupus du —. 322
Lympho-sarcome épipharyngé . 736
Membrane bilatérale du — . . . 296
Paralysie p riphérique des muscles du — par névrite syphilitique 346
Pharyngo-mycosis chez une femme 532
Poche pharyngée enlevée par une opération 411
Spasme chronique du palais, du — et du larynx. 288
Syphilis du — 49
Tuberculose primitive du larynx et du — 713

Rhinites

Hay-fever. Traitement pour diminuer la susceptibilité de la muqueuse nasale dans le 748
Hydrorrhée nasale. 232
— atrophique. Traitement de la — par l'électrolyse 86
— atrophique (la) 138
— chronique hypertrophique. Traitement de la — par injections de chlorure de sodium . 87
— fibrineuse (la). 43
— membraneuse récidivante (la). 139
— pseudo-membraneuse. Forme maligne de la —. 85
— Purulente dans la scarlatine (la) 190
Rhinorrhée céphalo-rachidienne et hydrorrhée nasale 197

Rhino-pharyngite

— et ses complications chez les enfants 662

Sinus

Ethmoïdite suppurée avec sinusites maxillaire frontale et sphénoïdale 54
Étude de quelques opérations sur les — de la face 386
Kystes osseux intra-sinusiens . . 513
Ostéomes des fosses nasales et des — voisins 657
L'ozène dans les
Tumeurs bénign
face et du papi
maxillaire. . .

Sinus m

Affection séreu e
Empyème du — c
Empyème de nécr
d Highmore . .
Sinusite maxillair
taire. . . . .
Sinusite maxillai
moïdale et fron
Suppuration du
sion de la par
l'antre. . . . .
Tumeurs bénigne
la face et papill

Sinus

Abcès du — et eth
de l'orbite. . .
Abcès des —, eth
deux sinus sphé
Anatomie du — .
Développement d
tères extérieurs
Empyème chroniq
par l'opération
Ethmoïdite suppu
site maxillaire f
noïdale . . . .
Hyperostose naso-
de la distension
Mucocèle des — .
Opération externe
monstration de
Rapports du — av
ethmoïdales. .
Sarcome du — et
Sinusite frontale
d'Ogston-Luc .
Suppuration du —
ap.ès l'opération

Sinus sp

(Voir Sinus et Sinus

SINUS VEINEUX

Fracture du crâne avec blessure du — latéral. Mort. 768
Hémorragie de la carotide interne à la suite d'un cholestéatome . 303
Ligature de la veine jugulaire dans le traitement de la thrombose du — sigmoïdal. 90
Septicémie avec otite et thrombose du —. 395
Thrombo-phlébite otitique du — latéral 507
Thrombo-phlébite de la jugulaire interne. 545

SURDI-MUTITÉ

— temporaire chez une myxœdémateuse. 555
Statistique des sourds-muets en Roumanie. 608
Examen des voies respiratoires chez les sourds-muets 241

SURDITÉ

— (chirurgie de la). 640
— consécutive aux oreillons . . 238
— verbale pure, due à un abcès du lobe temporal gauche d'origine otitique. 767
Perforation du tympan comme moyen de diagnostic et de pronostic dans la —. 481

TEMPORAL

Anomalie du rocher (Diverticulum de la caisse du tympan) . 650
Carie du rocher (abcès du cerveau et paralysie faciale consécutive à la) 395
Cholestéatome du — et son traitement 392
Tumeurs sarcomateuses du — . 126

THYROÏDE *(Glande)*

Cancer thyroïdien (cas de) . . . 509
Carcinome de la —; thyroïdectomie. 687
Compression et déviation de la trachée par cancer de la — . . 55
Goitre cancéreux (deux cas de) . 175
Goitre guéri par l'iodure de potassium 316
Goitre exophtalmique avec terminaison fatale. 406
Maladie de Basedow sans goitre apparent 240
Kyste de la — 534
Suppuration aiguë de la — au cours de la dothiénentérie . . 510

THYROTOMIE

— pour tumeur maligne des cordes vocales 600

TRACHÉE

Compression et déviation de la — par cancer du corps thyroïde . 55
Corps étranger de la —. 56
Corps étranger et rayons X . . . 639
Injections trachéales dans la tuberculose pulmonaire 164
Injections trachéales avec ou sans aiguille à demeure. 388
Rétrécissement de la — par ulcération gommeuse 475
Sclérome de la — (contribution à l'étude de la —) 667

TRACHÉOTOMIE

— dans la diphtérie 54
— (la). 446

TUBERCULOSE

(Voir les différents organes)

TUMEURS

(Voir les différents organes)

Papillome. 531

TYMPAN

Gangrène sèche partielle du — consécutive à un traumatisme. 60
Massage vibratoire de la membrane du — 364
Paracentèse du — 478
Perforation du — comme moyen de diagnostic et de pronostic dans la surdité. 481

VARIA

Accessoire de Willis dans ses connexions avec le pneumogastrique (le nerf). 176
Audi-mutité. 718
Corps étranger migratoire (cas insolite d'un) 163
Etudes radiographiques 736
Sous-voyelles en fonction du temps (les) 175

VÉGÉTATIONS ADÉNOÏDES

Faux adénoïdiens 500
Kyste caséeux dans une — après son ablation 602
Morcellement des — (du). . . . 765

VERTIGE

Algie mastoïdienne hystérique et pseudo-vertige de Ménière . 86
— nasal par ablation d'un copeau de la cloison. 153
Vertigineux de l'oreille (nouveau traitement des) 506

VOIES AÉRIENNES

Accès de la trachée et des bronches dans le médiastin 685
Corps étranger métallique dans la bronche gauche 386
Clou dans la bronche droite; ablation avec l'électro-aimant. . . 170
Humage sulfureux dans le traitement thermal des maladies chroniques des — 88
Lèpre des (la) . . .
Réaction fébrile aprés sur les — . . . . .
Syphilis des —; di traitement. . . . .
Transmission du mé par les — (recherc
— chez les sourds-n men des) . . . . .

VOILE DU P

Chancre syphilitique
Elongation de la luett
Epithélioma de la lue
Hémorragie sous-muq
Paralysie combinée d du — . . . . . .
Spasme chronique d du larynx et du — .

VOIX

La division du palais lations avec la paro

VOUTE PAL

Chancre syphilitique du rebord alvéolair
Division du palais et s avec la parole . . .
L'oreille dans les tiss nitales du palais (d
Nécrose de l'os incisi
Perforation spécifiqu avec ulcération du l parence tuberculeu

TABLE DES AUTEURS[1]

Allan (P.), 364.
Andérodias (N.), 542.
Athwood, 536.
Aviragnet, 662.

Baber (C.), 291, 293, 297, 405, 467, 567.
Ball, 317, 323.
Ballan (J.), 381.
Bar, **11**.
Barck (C.), 367.
Baron (B.), 558.
Barth (E.), 268.
Bayle (Ch.), 399.
Beale (C.), 290, 295, 320.
Beco (L.), **449**.
Bechterew (W.), 511.
Beitzke, 231.
Bennet, 317, 498.
Bentzen, 499.
Bergonié, 639.
Bertemes (G.), **209**.
Bertelsmann, 172.
Biggs (G.), 333.
Bliss (A.), 734, 735, 742, 744.
Blois (de), 136, 137, 163.
Bochenck (A.), 176.
Bofill (Jo Coll y), 207.
Bonain, 607.
Bond, 496, 498.
Bormet, 538.
Bosworth (H.), 743, 749.
Botey, 51.
Boulay, 653.
Bouroullec, 713.
Bouveyron, 638.
Bouyer (A.), **36**.
Boylan (J.-C.), 165.
Breyre (C.), **641**.
Bride (Mac), 431, 433.
Brindel, **753**.
Broeckaert, **673**.
Bronner, 318, 319, 324, 405, 408, 409, 441.
Brown (M. K.), 197.
Brown (Price), 745.
Brunel (P.), **481**.
Bryan, 739, 741.
Bucknall (R. R.), 411.
Burnett, 122.
Busquet, 357.
Buy (J.), 766.

Caboche, 63.
Carrière, **446**.
Carson (H. W.), 570.
Casella, 55.
Casselberry, 137, 163, 165, 737, 748.
Castaing, 504.
Cestan, 768.
Chaminade, 84.
Chappell (W. F.), 138, 166.
Charles, **255**, **313**, **346**.
Charsley (K.), 536.
Chauffard, 189.
Chausserie-Laprée, 190.
Chauveau, 85, 167.
Chavanne, 297.
Citelli (S.), 142.
Clark (Payson), 161.
Cobb (C. M.), 86, 750.
Cobb (F. C.), 137, 138.
Compaired, 30.
Comte (A.), 541.
Connal (J. G.), 143.
Coolidge (A.), 733.
Costiniu, 608.
Coudert (R), 604.

1. Les chiffres en *caractère gras* se rapportent aux travaux originaux parus dans la REVUE HEBDOMADAIRE DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE; les chiffres *ordinaires*, aux analyses.

Couret, 261.
Courtade (A.), 416.
Cousteau, 351.
Crespin, 237.
Crouzillac, 477.

David, 46.
Davis (H.), 206, 316, 317, 319, 322, 431, 493.
Delavan (Bryson), 157, 734, 736, 739, 750.
Demeurisse, 259.
Dempsey (Patrick), 238.
Depage, 174.
Depoutre, 447.
Derache, 751.
Derville, 751.
Desvaux (C.), 401.
Desvernine (C. M.), 302.
Dezon (G.), 655.
Diehl, 56.
Donaldson, 140.
Donelan, 317, 404, 406, 408, 437, 603.
Drucbert, 509.
Druelle, 764.
Dubar, 545, 657.
Dubreuilh (W.), 349.
Durano, 47.
Duvergey, 236.

Eeckhante (Van), 502.
Egger (L.), 239.
Ekkert (A. F.), 232.
Elder (T. M.), 326.
Escat, 81.

Farlow, 159, 160, 161, 747, 748.
Ferreri (C.), 384.
Firth (Laey), 90.
Foucher, 543.
Freudenthal (W.), 203.

Gallaudet, 284.
Garel, 170, 305, 390.
Gaudier, 446, 544.
Gehuchten (Van), 176.
Gellé, 175.
Gerber (P.-H.), 201, 472, 656.
Glatzel, 24.
Gleitsmann (W.), 713.
Goodale (L.), 744.
Godlee (B. J.), 411, 510.
Goris, 240, 392, 767.
Gouly, 443.
Gradenigo, 119.
Grant (D.), 297, 405, 442, 443, 467, 494, 535, 537, 538, 571.
Greift (de), 54.
Gross, 663.
Guarnaccia (E.), 601.
Guttmann (H.), 414.

Haddon (J.), 117.
Hahn, 751.
Hanshalter, 237.
Harvey, 492.
Hasslauer, 62.
Havilland Hall, 318, 496, 595, 596.
Hegener, 126.
Heine, 303.
Heurtebise, 22.
Hill (W.), 405, 409, 441
Hopkins (F. E.), 159.
Hopmann, 763.
Horne (Jobson), 471, 569, 570.
Hovel (M.), 559, 566.
Hudson (A.), 634.

Ingelraus, 509.
Iterson (Van), 54.

Jaboulay, 387, 766.
Jacob, 325.
Jacobson, 502.
Jacques, 123, 209, 417,
Jerosch, 229, 230.
Johnston, 598, 601, 602
Jorris, 509.
Jousset (A.), 129, 241,
Jurasz, 684.

Kayser (R.), 118, 143.
Keller, 670.
Kelson (W. H.), 322.
Kennan (R. H.), 476.
Klein, 44.
Knight (C. H.), 745.
Kompe (K.), 412.
Kraus (E.), 487.
Krieg (R.), 117.
Kuttner (A.), 664.
Kyle (Braden), 163, 164

Labarre (E.), 539.
Lacoarret, 301, 539.
Lafarelle, **369**, **513**, **650**, **689**, **721**.
Lake (R.), 116, 239, 322, 473.
Lambert Lack, 290, 294, 432, 434, 437, 441, 496, 536, 568, 569, 571, 572.
Lambotte (A.), 507.
Lamy, 658,
Landau, 751.
Langlois, 328.
Langmaid (S. W.), 160, 164.
Lannois, **177**, 718.
Lapersonne (de), 64, 506.
Lardennois, **445**.
Laurens, 504, 640.
Laval (E.), 351.
Lavrand, 168, 176.
Lebedinski, 169.
Lefebvre, 606.
Lefrançois, **380**,
Leland (G.), 739.
Lenhardt, 33, 49, 504.
Lépine, 394.
Lermoyez, 94, 511, 653.
Lesieur, 508.
Leutert, 230.
Levy, 718.
Lewald (L.), 716.
Libotte (O.), 586.
Llorente, 32.
Logan (J. E.), 138.
Lombard, 63, 687.
Lubet-Barbon, **97**.
Lucae, 301.

Mackensie (J. A.), 155.
Mackintosh, 440.
Magnan, 238.
Magny (Martin du), 385.
Mailland, 687.
Mainguy, 195.
Maison, 95.
Makuen (H.), 749.
Malherbe (A.), **73**, 93, 115.
Malherbe (Henri), 605.
Manasse, 128.
Mangakis, **490**.
Masure, 95.
Mayer (E.), 137, 139, 159, 734, 739, 748.
Mendoza (Suarez de), **153**.
Menétrier, 503.
Milly (de), **429**.
Molinié (J.), **646**.
Möller (Jorgen), 45.
Monselles, 60.
Morris Murray, 164.
Moure, **273**, **689**, **721**, **753**.
Mouret (J.), **577**, **609**.
Myles (R. C.), 744.

Nadoleczny, 766.
Natier (M.), 500, 606.
Nirolli (A.), 505.
Nizzi (U.), 717.
Nörregaard (M.), 473.
Nourse, 567.

Ostman, **334**.

Parker, 532, 570, 633.
Parmentier, **544**, 764.
Pasmanik, 501.
Patel, 175.
Pegler, 470, 471, 528, 532, 533.
Pelletier, 19.
Pelon, 88.
Permewan, 497, 498.
Philip (J. H.), 197.
Piéchaud, 386.
Pinard, 666.
Pinatelle, 195.
Piollet, 232.
Poli (C.), 720.
Ponthière (de), 540.
Poorley, 266.
Potter (F.), 320, 321, 599, 601.
Pouly, 118.
Powell (F. G.), 296, 317, 322, 405, 437, 441, 498, 530, 532, 533, 536, 567, 571, 598, 632, 634.
Presta, 52.

Quenu, 685.

Radzikh, 506.
Raoult, **1**, 113, 140, 265, 383.
Renault, 383.
Renshaw, 352.
Ricard, **184**.
Rice (C. C.), 162, 745, 746, 748.
Richards, 329.
Richter (E.), 121, 478.
Rideau, 347.
Roaldes (de), 163, 736.
Robert, 395.
Robinson (B.), 465, 466, 467, 468.

Rodier, 263.
Roe (J.), 137, 165, 712, 714, 749.
Rollet, 53.
Romme, 638.
Rosenthal (C.), 388.
Roure, 765.
Royet, 52.
Rhodes (E.), 736, 738.

Sabroux, 192.
Saenger, 505.
Saint-Clair Thomson, 292, 293, 296, 317, 327, 398, 406, 409, 410, 435, 496, 499, 523, 524, 525, 535, 537, 567, 569, 572, 596, 597, 599, 603.
Santi (de), 319, 321, 322, 465, 471, 494, 559, 570, 571, 572.
Sargnon, 32, 123.
Sarremone, 110.
Schleihtendahl, 125.
Schmiegelow, 43, 475, 686.
Schnellé, 395.
Schraga (S.), 503.
Schroetter (Von), 667.
Schwabach, 364.
Schwabe (H.), 416.
Sebileau, 687.
Semon, 288, 291, 292, 296, 318, 320, 324, 408, 410, 436, 440, 443, 464, 465, 468, 497, 524, 527, 530, 532, 535, 537, 559, 569, 597, 634, 637.
Shurely (E. L.), 734, 749.
Sieur, 325, 337.
Simpson (W. K.), 138, 159, 164, 739, 746, 747.
Sokolowski (Von), 354.
Solis-Cohen, 158, 165.
Sota y Lastra, 50.
Spencer (W. G.), 316, 323, 468, 495, 496, 497, 523, 597, 598, 633, 634.
Spicer (Fr.), 566, 568.
Spicer (S.), 290, 293, 318, 319, 321, 526, 527, 532, 533, 567.
Spillmann, 507.
Spira (R.), 205.
Stanculéanu, 447.
Stein (O.), 367.
Stern (A.), 86.
Stewart (R. H.), 448.
Stout (G. C.), 660.
Strazza, 26.
Swain (H. L.), 137, 1

Taptas, 444.
Thaussig (R.), 124.
Thiry, 265.
Thollon, 248.
Thompson, 125, 366,
Thomson (John), 573
Thorne (Attwood), 5
Thorner (A), 442.
Thruster (A. B.), 161.
Tilley (H.), 590, 291 400, 433, 435, 438 597, 600.
Torrent (E.), 343.
Toubert, 145, 543.
Trautmann, 358, 387
Treitel, 508.
Troflmow, 388.
Turner (L.), 528, 573.

Vacher, 65.
Vaschide, 384.
Veillard, 376.
Verdalle, 353.
Viannay, 195.
Vince, 173.
Vincent, 196.
Vincent, 474.
Vinrace, 405, 434, 43 634.
Viollet, 87.

Wachenheim, 58.
Wagget, 321, 597, 60
Wagner (H.), 736, 74
Walsham, 529.
Waring (H. J.), 392.
Watson (W.), 160.
Weil (G. A.), 388.
Williams, 290, 293, 324.
Wilson (N.), 573.
Wingrave (W.), 442,
Wood (C. B.), 88.
Wright (J.), 137, 138

Zeissler (J.), 206.

Bordeaux. — Impr. G. Gounouilhou, rue Guiraude, 9-11.

INDEX BIBL

La REVUE du

2 févri

Bouche et Pl

Alexander. — Pemphigus du v
laryngol. de Berlin, séance du 11 ma
n° 48, 1900).

Bissell. — Trois variétés d'ang
microorganismes autres que le b
Journ., déc. 1900).

Botey. — Du rôle du pôle supé
supra-tonsullaire comme cause de
Extirpation de la moitié supérieu
préventif efficace (*Ann. des mal.*

Bouveyron. — Glossite exfoli
20 janv. 1901, p. 106).

Brindel et Lafarelle. — Gan
mineux hématome sus-hyoïdien co
lation (*Journ. de méd. de Bordeau*

Brindel. — Tuberculose phagé
maxillaires supérieur et inférieur (f
face interne des joues et des lèvres,
de méd. de Bordeaux, n° 49, p. 8

Buys. — Fibrome du voile du p
d'otol., 1900, anal. in *Rev. hebdo*

Chauveau. — Le pharynx. Anal
dans le texte) (1 vol. in-16, 404 p., P

Chompret. — Manifestations b
stomatol., n° 7, juill. 1900).

Dubar et Potel. — Les tumeu
gine conjonctive (*L'Écho méd. du*

Feder. — De l'état actuel de no
la cavité buccale (*Ueber den gegen
nisse von der Desinfection der M*

Ferreri. — Un cas de leucémie
de l'oreille, n° 12, 1900).

Ficano. — Sur la tonsillotomie
. hebdom. de laryngol., n° 51

urnier. — Des rapports de l
cancer (*Wiener klin. Rundsch*

riedmann. — Du rôle de l'a
me porte d'entrée de l'infectio
, 26 nov. 1900).

rel. — Adhérence vélo-lingua

Goldsmith. — Un cas de sarcome de la fosse nasale *Record*, p. 513, 29 sept. 1900).

Goris. — Un cas de pansinusite unilatérale opéré en une *de la Soc. belge de chir.*, n° 8, oct. 1900).

Goris. — Sur deux cas de sinusites compliquées (*Bull. e Soc. belge d'otol.*, 1900, anal. *in Rev. hebdom. de laryngol*

Grant (Dundas). — Cas de synéchie nasale (British lar séance du 9 nov. 1900, *in The Journ. of laryngol.*, déc. 190

Hacker. — Nouvel essai de rhinoplastie partielle (W in Innsbruck, séance du 20 janv. 1900, *in Wiener klin. W* 1900).

Hecht. — Périchondrite grippale de la cloison du ne *Ohrenheilk.*, n° 10, oct. 1900).

Heymann. — Ostéome des fosses nasales (*Berlin. kli* n° 41, 1900).

Hunsaker. — Modification simplifiée de l'opération déviation de la cloison (*California med. Journ.*, avril 1900

Jacques. — Préparations ostéologiques relatives à sinus frontal (Soc. de méd. de Nancy, séance du 24 oct. *méd. de l'Est*, n° 24, 15 déc. 1900).

Jousset. — Thérapeutique chirurgicale du sinus maxill de Caldwel-Luc et opération de Rouge) (*Rev. hebdom.* n° 50, 1900).

Keller. — De la présence de Rhodan dans les sécr (*Münch. med. Wochens.*, n° 46, 1900).

Killian (Gustave). — De la thrombo-phlébite du sinu supérieur consécutive à une inflammation de la muqu frontal (*Zeits. f. Ohrenheilk.*, Band XXXVII, Heft 4).

King (Gordon). — Relation de 22 cas de déviation nasale opérés par le procédé d'Asch (*Rev. hebdom. de l* 1901).

Krieg (Robert). — Atlas des affections du nez (*Atl krankheiten*, 356 fig. et 38 tables, 1er et 2e fascicules, Stutt 1900).

Lamb. — Considérations sur le diagnostic de l'obstr (*The Birmingham med. Rev.*, janv. 1901).

Lee. — Un cas de rhinoplastie (*New-Orleans med. and* déc. 1900).

Leidi (Carlo). — Le syndrome adénoïdien; étude de *degli Ospedali*, Milan, n° 153, 23 déc. 1900).

Lenhardt. — Le tempérament adénoïdien (*La Rev.* mandie, n° 24, 25 déc. 1900).

Lepetit. — Végétations adénoïdes du naso-pharynx (*Le* n° 7, 1er janvier 1901).

Lipowski. — Les affections des sinus maxillaire et f nouvelle méthode d'examen de ces derniers (*Virchow's* CLXI, Heft 3).

Löwe. — Du curettage de la cavité du nez par la voie l'ouverture des parties correspondantes de la base du crâne *nats. f. Ohrenheilk.*, n° 10, oct. 1900, et *Centralbl.* 0).

Manders. — Préparation d'une cavité sphénoïdale divisée . de laryngol. de Berlin, séance du 22 juin 1900, anal. *in laryngol.*, n° 49, 1900).

Mahu. — Rhinite spasmodique et fièvre palustre (*Ann reille*, n° 12, déc. 1900).

Soubeiran. — De l'empyème des cellules eth Montpellier, 1900).

Sequires. — Un cas insolite d'hémorragie n 22 déc. 1900).

Sturmann. — Sclérome des voies respiratoires *klin. Wochens.*, n° 41, 1900).

Suarez de Mendoza. — Remarques sur l'opé frontale (*Archiv. internat. de laryngol.*, n° 6, nov.

Tel. — De l'empyème aigu compliqué du sinus Bordeaux, 1900).

Thomas. — Végétations adénoïdes et myxœdèn n° 22, 15 nov. 1900, et *Rev. hebdom. de laryngol.*,

Toubert. — Complications endo-craniennes de l (*Archiv. gén. de méd.*, oct. 1900).

Treitel. — Un cas d'hypertrophie marquée des *med. Gesellsch.*, 5, XII, 1900).

Tresilian. — Un cas de syphilis tertiaire du l larynx (British laryngol. Assoc., séance du 9 nov. 1 *laryngol.*, déc. 1900).

Ubertis. — Influence de l'irritation de la mu système respiratoire et cardio-vasculaire (*Ann.* fasc. 4, 1er oct. 1900).

Viannay. — Un cas de nécrose syphilitique de mort par encéphalite (*La Province méd.*, n° 47,

Winckler. — Un cas de fracture typique du dos du cartilage de la cloison (*Sammlung Zwangloser* IV, n° 11, 15 nov. 1900).

Wingrave (Wyatt). — Cas d'ulcération syp du nez chez une femme de vingt ans (British laryn 9 nov. 1900, *in The Journ. of laryngol.*, déc. 1900).

Zimmermann. — Ostéome du sinus frontal (*I* Band LVII).

Zwardemaker. — Aérodynamie des voies *Tijdschr. v. Geneesk.*, II, p. 65, 1900).

Larynx et Trachée.

Aimé. — Tic élocutoire ancien guéri par une mé et d'entraînement (Soc. de méd. de Nancy, séanc *Rev. méd. de l'Est*, n° 1, 1er janv. 1901).

Ausset. — A propos d'une ulcération laryngée c (*Bull. de la Soc. centrale de méd. du départ. du N*

Avellis. — Forme typique de névralgie laryn *Wochens.*, n° 46, 1900).

Brady. — Angiome du larynx chez un enfant sous chloroforme par voie endo-laryngée (*The Jour* janv. 1901).

Broeckaert. — Sur le traitement des papillo : les enfants (*Bull. et Mém. de la Soc belge* , *hebdom. de laryngol.*, n° 51, 1900).

Brosch. — Sur une malformation spéciale de la iches (*Deuts. Archiv f. klin. Med.*, Band LXVI

Bullard. — Relation de cinq cas de papillom *Boston med. Semi-Monthly*, 26 oct. 1900).

rait
ch.
rphi.

atio
190
ıtio
4, o
es a
es c
de
il
ucti
).
les
chez

cède
ne
). —
Briti
., de
labi

atio

ratic
s., r
Stér
l. de
hes

la paro e (*La Parole*, n° 10,

Seifert. — Des angiome
1901).

Stein (Saxtorph). —
p. 193, 1900).

Tanturri fu Vincen
syphilitiques du larynx (*Bol*

Thomson et **Turner**
congénital des enfants (*Bri*

Triffou. — Considératio
Montpellier, 1900).

Vacher. — Note sur le
injections intra-trachéales (

Vue. — Un cas de lèpr
palatine et des fosses nasale
anal. *in Rev. hebdom. de l*

Zwillinger. — Les trou
Presse, n°s 9 et 10, 1900).

dermann. — Contribu
(Zeits. f. Ohrenheil.

raitemen
ngol., n
ibution
l. *de Lill*
ski. — M
(Ouchn
rsbourg,
s affecti
3, 1900).
a syrdi-
eux cas e
Sur les
m. ophta
furonc
ut., n° 12
ar). — Q
-disant
i 1900).
bcès ma

Sur un
quide cé
Archiv f
Observa
s moyen
déc. 19
Observa
émateus

ur un cas
consécu
li ospeda
Notation
, n° 11, 1
Un cas d
tique, sa
hene., n°
— Des ex
mal. de
— Longu
terminée
48, 1900)
a. — Tra
nilla, n° 1
a. — Cas
ite moye
oût 1900)
on). — U
teur bou
Bl. f.

zou.

ein (Von) et **Lo**
l diffus. (Pachymeni
irourguia, mars 190
enger. — Essai de
diapasons (*Archiv f.*

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

DE

La REVUE du Dr E. J. MOURE

6 avril 1901.

Bouche et Pharynx buccal.

Anglin. — Bec-de-lièvre double avec protrusion de l'os incisif (*Kingston med. Quarterly,* juillet 1900).

Archibald. — Les amygdales et quelques-unes de leurs affections (*Northwestern Lancet,* 1er mars 1900).

Blake. — Excision de la carotide externe pour un épithélioma inopérable du plancher de la bouche (*Internat. Journ. of surg.*, nov. 1900).

Campenon. — Ulcération tuberculeuse de la lèvre. Examen et diagnostic des ulcérations labiales en général (*La Médecine orientale,* n° 5, 1901).

Chatin. — Les chancres simples extra-génitaux (Thèse de Paris, 1900).

Chavigny. — Angine de Vincent (*L'Indépendance méd.*, n° 6, 6 fév. 1901).

Class. — L'étiologie des amygdalites aiguës (*Interstate med. Journ.*, mai 1900).

Cobb (Frederic). — Kystes dentigènes (*The Laryngoscope,* vol. IX, n° 6, déc. 1900, Saint-Louis, U. S.).

Cole. — Cas fatal d'abcès périamygdalien et rétro-pharyngien (*Saint-Louis Courir of med.*, mars 1900).

Collier (Mayo). — La respiration buccale et ses rapports avec les affections de l'oreille, des voies respiratoires supéricures et des cavités accessoires du nez (*Med. Press and Circular,* 12 déc. 1900, in *Deuts. med. Zeits.*, n° 22, 18 mars 1901).

Collins. — Un cas de chancre phagédénique de la lèvre supérieure chez une jeune femme. Perforation précoce et marquée du palais. Intolérance pour le traitement mercuriel. Amélioration rapide par l'iodure de potassium (*Lancet,* 5 janv. 1901).

Craig. — Observation sur un spirille rencontré dans les fausses membranes sur une amygdale (*Med. News,* 10 mars 1900).

Dubar. — Tumeurs bénignes du voile du palais de nature conjonctive (*Giorn. ital. di laringol.*, nos 3, 4, 5, 1901, Naples).

Elder. — Carcinome du pharynx avec infection des ganglions cervicaux chez un enfant de quatorze ans (*Montreal med. Journ.*, déc. 1900).

Epstein. — Amygdalite chronique à leptothrix chez les enfants (*Prager med. Wochens.*, n° 22, 1900, et *Abraham-Jacobi Festchrift,* 1900).

Escat. — Traité médico-chirurgical des maladies du pharynx (1 vol. in-16, 576 pages, avec 150 gravures dans le texte, G. Carré et C. Naud, Paris, 1901).

Flatau. — Cas d'adhérences complètes entre le voile du palais et la paroi postérieure du pharynx (Soc. de laryngol. de Berlin, séance du 16 nov. 1900, in *Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 8, 1901).

Friedmann. — De l'importance des amygdales buccales comme porte d'entrée pour l'infection tuberculeuse (*Ziegler's Beiträge,* Band XXXVIII, Heft 1, 1900, anal. in *Centralbl. f. innere Med.*, n° 8, 1901, et *Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 10, 1901).

Gaucher et **Sergent.** — Anatomie pathologique, nature et traitement de la leucoplasie buccale (*Archiv. de méd. expérimentale et d'anat. pathol.*, juill. 1900).

Grant (Dundas). — Cas d'ulcération spécifique primaire probable de l'amygdale (Soc. de laryngol. de Londres, séance du 2 nov. 1900, in *Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 10, 1901).

Harmer. — Glossite profonde avec formation d'abcès (*Wiener laryngol. Gesellsch.*, séance du 6 déc. 1900, *in Wiener klin. Wochens.*, n° 1, 3 janv. 1901, p. 29).

Hellat. — Les troubles de l'organisme consécutifs à la salivation (*Vratch*, n° 46, 1900).

Heymann. — Tumeur pédiculée, de la grosseur d'une fève, siégeant sur le milieu de la langue et semblable à un papillome (Soc. de laryngol. de Berlin, séance du 26 oct. 1900, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 8, 1901).

How (Alexander). — Un cas de gangrène de l'amygdale (*Philadelphia med. Journ.*, 17 mai 1900).

Hugot. — Contribution à l'étude de la tuberculose miliaire aiguë pharyngo-laryngée. Maladie d'Isambert (Thèse de Lyon, 1900).

Ingersoll. — Épithélioma primitif des amygdales (*Cleveland Journ. of med.*, avril 1900).

Ironbridge. — Quelques-unes des affections des amygdales (*Occidental med. Times*, 1er avril 1901).

Jacobi. — Mort subite par angine phlegmoneuse (*Hospital Tidende*, p. 752, 1900).

Joncheray. — L'amygdalite linguale phlegmoneuse (*Archiv. méd. d'Angers*, 20 fév. 1901, anal. *in Bull. méd.*, Paris, n° 20, 13 mars 1901).

Kissel. — Cancrum oris chez un enfant de cinq ans. Traitement par curettage. Guérison (*Dietskaïa med.*, Moscou, 357, 1900).

Kollmann. — Le développement des ganglions lymphatiques du cœcum et de l'appendice vermiculaire. Le développement des amygdales et de la rate (*Archiv f. Anat. and Morphol.*, Hefte 3 et 4, 1900; *Centralbl. f. Physiol.*, n° 13, 1900).

Koltze. — Sur l'ablation complète de la langue et du plancher buccal (*Deuts. Zeits. f. Chir.*, LVI, 3-4).

Lannelongue. — Sur une fistule pharyngo-lacrymo-faciale congénitale ouverte au-dessous de la narine droite (*Bull. méd.*, n° 14, 1901).

Levy. — L'amygdale linguale (*Deuver med. Times*, oct. 1900).

Malioutine. — Configuration anormale du palais dur comme cause d'insuffisance fonctionnelle des cordes vocales (*Archiv f. Laryngol.*, Band XI, Heft 3).

Morhange. — Contribution à l'étude de la gingivite expulsive et de son traitement (Thèse de Paris, 1900).

Most. — Topographie et étiologie des abcès rétro-pharyngiens (*Archiv f. klin. Chir.*, Band LXI, Heft 3).

Nelaton. — Fistule du canal de Sténon. Abouchement du bout central à la muqueuse de la joue (Soc. de chir., séance du 27 fév., *in Bull. méd.*, n° 17, 1901).

Packard (Frederick). — Infection par les amygdales, surtout dans le rhumatisme articulaire aigu (*Philadelphia med. Journ.*, 28 avril 1900).

Parker (Edward). — Considérations sur la meilleure méthode opératoire pour l'ablation des amygdales et des végétations adénoïdes (*The Carolina med. Journ.*, fév. 1900).

Porter. — Sarcome de l'amygdale (*Boston med. and surg. Journ.*, 22 mars 1900).

Schweitzer. — Du traitement du cancer de la bouche (*Dietskaïa med.*, Moscou, 270-232, 1900).

Sebileau. — Des différentes formes de septicémie buccale (*Presse méd.*, n° 10, 2 fév. 1901).

Taylor. — Paralysie palatine post-typhique (*British med. Journ.*, 2 mars 1901).

Thomson. — Glossite aiguë compliquant une fièvre typhoïde (*Lancet*, 23 juin 1900).

Thrailkil. — Les amygdalites (*Western med. Journ.*, fév. 1900).

Vianny. — Adénome lingual (*Lyon méd.*, nº 12, 1901, p. 450).

Vignat. — Contribution à l'étude de la méthode de Cerny-Trunecek (Thèse de Paris, 1900).

Ward (R.). — Étiologie des abcès rétro-pharyngiens (Soc. amér. de laryngol., VIº Congrès annuel, Philadelphie, 31 mai-2 juin 1900, anal. *in Rev. hebdom. de laryngol.*, nº 5, 1901).

Watham. — Mycosis de la gorge. Relation d'un cas (*Colorado med. Journ.*, déc. 1900).

Woloschinsky. — Polyarthrite aiguë consécutive à une angine lacunaire (Soc. des méd. de Riga, *S. Petersbourg med. Wochens.*, nº 32, 1900).

Woot. — Opération cheilo-plastique de Grant (de Deuver) pour la restauration de la lèvre (*Texas med. Journ.*, mars 1900).

Nez, Pharynx nasal et Cavités accessoires.

Albrecht. — Des tumeurs du naso-pharynx (*Ueber Tumoren des Nasenrachenraum*) (Thèse de Halle-Wittenberg, 1901).

Avellis. — De la signification du gonflement de la muqueuse dans les suppurations aiguës des sinus accessoires du nez (*Archiv f. Laryngol.*, Band XI, Heft 3).

Aviragnet. — La rhino-pharyngite et ses complications chez les enfants (*La Voix parlée et chantée*, mars 1901, et *Bull. méd.*, nº 7, 1901).

Baker. — Un cas de cécité subite consécutive à une cautérisation du nez (*Cleveland med. Gaz.*, nov. 1900).

Baratoux. — L'ouverture chirurgicale du sinus maxillaire au XVIIIe siècle (*Rev. hebdom. de laryngol.*, nº 6, 9 fév. 1901).

Baurovicz. — Le lysol comme désinfectant et moyen de préserver de la buée le miroir laryngoscopique et naso-pharyngien (*Archiv f. Laryngol.*, Band XI, Heft 3).

Benoit. — Des adénoïdes (*Memphis med. Monthly*, juill. 1900).

Berens (Bernard). — Extrait surrénal dans le traitement de l'hydrorrhée nasale (Soc. amér. de laryngol., etc., VIº Congrès, Philadelphie, 31 mai-2 juin 1900; anal. *in Rev. hebdom. de laryngol.*, nº 4, 1901).

Bird. — Nécrose des cornets et des tissus adjacents (*The Laringoscope*, Saint-Louis, vol. X, nº 2, fév. 1901).

Botey (R.). — Fausses hémoptysies d'origine naso-pharyngienne (*Ann. des mal. de l'oreille*, nº 1, 1901).

Bristow. — Sarcome de la membrane muqueuse du nez (*Brooklyn med. Journ.*, oct. 1900).

Buys. — Indication pour l'ablation des végétations adénoïdes chez les enfants (*Allgemeine Wiener med. Zeitung*, nº 7, 12 fév. 1901).

Chemin. — De l'empyème compliqué du sinus frontal (Thèse de Bordeaux, 1901).

Cisneros. — Sinusite fronto-maxillaire double (*Bol. de laringol.*, Madrid, janv.-fév. 1901).

Cohn. — Diagnostic de l'empyème des cavités accessoires du nez (*Occident. med. Times*, oct. 1900).

Compaired. — Algo sobre la sinusitis frontal crónica y la operación de Ogston-Luc (*Riv. Ibero-Amer. de Ciencias med.*, déc. 1900).

Connell. — De la fièvre de foin (*Canadian Pract. and Rev.*, août 1900).

David. — Des corps étrangers des fosses nasales (Thèse de Paris, 1900).

Depierris. — Polype du nez unique remplissant une des fosses nasales et le cavum en totalité et obstruant les deux choanes, ablation par morcellement (*Archiv. internat. de laryngol.*, nº 1, janv.-fév. 1901).

Demaldent. — Contribution à l'étude de la mucocèle du sinus frontal (Thèse de Paris, 1900).

Dietsch. — Contribution à l'étiologie de la fièvre des foins (*Deuts. med. Wochens.*, Berlin, n° 7, 14 fév. 1901).

Douglas (Beauman). — Les sinus pneumatiques dans les ailes du sphénoïde (*The Laryngoscope,* Saint-Louis, vol. X, n° 2, fév. 1901).

Downie (W.). — Deux cas d'accès grave et prolongé d'asthme associé et dépendant apparemment de la présence de polypes dans le nez dont l'extirpation a eu pour résultat la disparition complète des symptômes d'asthme (*Glascow med. Journ.*, oct. 1900).

Dupond (Q.). — Sur deux cas d'hérédo-syphilis nasale (*Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 9, 1901).

Ekkert. — De l'hydrorrhée nasale (en russe) (*Vratch,* n°s 5 et 6, 1901).

Ewing et **Sluder.** — Céphalées frontales d'origine apparemment oculaire, mais réellement nasale, leur diagnostic et traitement, et des rapports anormaux qui existent dans ces affections nasales entre l'apophyse unciforme et la bulle de l'ethmoïde (*Transact. of the Amer. ophtalmol. Soc.,* XXXVI° Congrès annuel, Washington, 2 mai 1900).

Fermi. — Recherches sur le coryza (Soc. medico-fisica di Sassari, juin 1900).

Ferreri. — Sur les néoplasmes du sinus sphénoïdal (*Ann. des mal. de l'oreille,* n° 1, 1901).

Fischenich. — La syphilis du naso-pharynx (*Archiv f. Laryngol.* Band XI, Heft 3).

Foucher. — L'obstruction nasale et ses conséquences (*Union med. du Canada,* Montréal, n° 2, fév. 1901).

Freitel. — Verrue de la cloison du nez (Soc. de laryngol. de Berlin, séance du 16 nov. 1900, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 8, 1901).

Friedrich (E.-P.). — Rhinology, laryngology, otology : their significance in general medecine (Traduit de l'allemand par H. Holbrook Curtis; in-8°, 348 pages. Philadelphie, 1900).

Furet. — Traitement de l'empyème sphénoïdal; trépanation des deux sinus sphénoïdaux à travers le sinus maxillaire sain (*Archiv. internat. de laryngol.*, n° 1, janv.-fév. 1901, et *Presse méd.*, n° 2, 6 fév. 1901).

Gallet. — Cas de volumineux ostéome développé aux dépens du sinus sphénoïdal (*La Clinique,* n° 28, 1900).

Gaudier. — Note sur le traitement de la rhinite hypertrophique par l'injection sous-muqueuse de chlorure de zinc (*L'Écho méd. du Nord,* Lille, n° 7, 17 fév. 1901, et *Giorn. ital. di laringol.*, n° 4, 1901, Naples).

Gerber. — Notice sur l'histoire de la rhinoscopie antérieure (*Archiv f. Laryngol.*, Band XI, Heft 3).

Gleason. — Traitement des déviations de la cloison nasale compliquées d'une difformité traumatique du nez extérieur (*The Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 9 mars 1901).

Goldsmith. — Sarcome primitif de la fosse nasale droite avec sinusite frontale aiguë et phlegmon de l'orbite (*Canadian Pract. and Rev.*, déc. 1900, Montréal; *Med. Journ.*, oct. 1900, et *Giorn. ital. di laringol.*, n° 3, 1901, Naples).

Gorham. — Végétations adénoïdes du naso-pharynx (*The med. Age,* n° 2, 25 janv. 1901).

Grant (Dundas). — Un cas d'épithélioma alvéolaire des cellules ethmoïdales et de l'antre (Soc. de laryngol. de Londres, séance du 2 nov. 1900, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 10, 1901).

Greift (de). — Un cas d'ethmoïdite suppurée avec sinusite frontale maxillaire et sphénoïdale (Soc. de méd. d'Anvers, séance du 13 déc. 1900, *in Progrès méd. belge,* n° 2, 15 janv. 1901).

Hajek. — De quelques particularités du conduit naso-frontal (Wiener Laryngol. Gesellsch., séance du 6 déc. 1900, *in Wiener klin. Wochens.*, n° 1, 3 janv. 1901, p. 29).

Halstadt, Irwing, Kimball, etc. — Discussion sur les végétations adénoïdes (Soc. amér. de laryngol., VI[e] Congrès annuel, Philadelphie, 31 mai-2 juin 1900, anal. *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 6, 9 fév. 1901).

Hamilton. — Tumeurs du sinus frontal. Relation de deux cas. Opération. Guérison (*Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 26 janv. 1901).

Haranchipy. — De l'hydrorrhée nasale (Thèse de Paris).

Hartmann. — Atlas d'anatomie du sinus frontal des cellules ethmoïdales antérieures et canal naso-frontal, avec notes sur les applications au traitement de l'empyème du sinus frontal *(Atlas der Anatomie der Stirnhöhle, der varderen Siebbeinzellen und des Ductus naso-frontalis, mit Erlanterndem Texte und Bemerkungen uber die Behandlung der Stirnhöhleneiterungen)* (in-4°, 12 planches, avec texte explicatif, Wiesbaden, 1900).

Hendrixon. — Fièvre de foin (*Columbus med. Journ.*, oct. 1900).

Hochsinger. — Deux cas d'hérédo-syphilis nasale et osseuse chez des nourrissons et un cas de myxœdème congénital chez un enfant (Verhandlungen der Wiener Dermatologischen Gesellsch., séance du 14 nov. 1900, *in Wiener klin. Wochens.*, n° 1, 3 janv. 1901, p. 30).

Hofmann. — Anomalie rare des parois externes des fosses nasales (*Monasts. f. Ohrenheilk.*, n° 12, 1900).

Hollinger. — Ozène, pharyngite sèche et pachydermie laryngée, d'après les plus récentes recherches sur leur étiologie (*Chicago Clinic*, juin 1900).

Hoople. — Névroses réflexes du nez chez un névropathe (*Brooklyn med. Journ.*, oct. 1900).

Jackson (Chevalier). — Curette adénoïdienne (*The Laryngoscope*, Saint-Louis, vol. IX, n° 6, déc. 1900).

Jackson (Chevalier). — Notes sur la turbinotomie (*The Laryngoscope*, Saint-Louis, vol. IX, n° 6, déc. 1900).

Kerrison. — Végétations du naso-pharynx (*The New-York med. Journ.*, 2 fév. 1901).

Kiär (Gottlieb). — Lupus du nez et des gencives chez une jeune fille de dix-sept ans (Soc. danoise d'otol., séance du 20 oct. 1900, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 9, 1901).

Kiär (Gottlieb). — Observation d'une tumeur tuberculeuse de la cloison cartilagineuse du nez (Soc. danoise d'otol., séance du 20 oct. 1900, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 9, 1901).

Klemperer. — L'ozène et son traitement (*Therapie der Gegenwart*, août 1900).

Kompe. — Du traitement des épistaxis dans la pratique générale (*Sammlungen Zwangloser Abhandlungen*, Band V, n° 2, 15 fév. 1901).

Kuyk. — L'emploi des diapasons comme moyen de diagnostic des affections du sinus maxillaire (*The Laryngoscope.*, Saint-Louis, vol. X, n° 2, fév. 1901).

Lamb. — Diagnostic de certaines formes d'obstruction nasale (*The Birmingham med. Rev.*, fév. 1901).

Latour. — Des polypes fibreux naso-pharyngiens (Th. de Bordeaux, 1901).

Ledermann (M. D.). — Synéchies nasales (Soc. amér. de laryngol., etc., VI[e] Congrès, Philadelphie, 31 mai-2 juin 1900, anal. *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 5, 2 fév. 1901).

Ledermann. — Fibro-myxomes du nez (Soc. amér. de laryngol., etc., VI[e] Congrès annuel, Philadelphie, 31 mai-2 juin 1900, anal. *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 4, 1900).

Lewy. — Névroses réflexes d'origine nasale. Préparations de polypes renfermant des cristaux Charcot-Leyden (Soc. de laryngol. de Berlin, séance du 26 oct. 1900, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 8, 1901).

Lichtwitz. — Appareil propulseur de l'air pour le traitement aérothermique des fosses nasales (*Archiv. internat. de laryngol.*, n° 1, janv.-fév. 1901).

Linhart. — Hypertrophie insolite des cornets (Soc. amér. de laryngol., VI[e] Congrès annuel, Philadelphie, 31 mai-2 juin 1900, anal. *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 6, 9 fév. 1901).

Luc. — Abcès sous-périostique aigu prémaxillaire dans le cours d'un empyème chronique du sinus maxillaire. Mortification étendue de la gencive; néanmoins, réunion immédiate de la plaie buccale après résection du bord alvéolaire du maxillaire et dissection de la région voisine de la muqueuse palatine, au cours de l'opération radicale par la méthode Caldwell-Luc (*Archiv. internat. de laryngol.*, n° 1, janv.-fév. 1901).

Mc Kimmie. — Diagnostic et traitement des affections purulentes des cavités accessoires du nez (*Virginia med. Semi-Monthly*, 2 janv. 1901).

Martines. — Des troubles de l'odorat et du goût dans la paralysie générale progressive (Thèse de Lausanne, 1900).

Massé. — Sur un cas d'éternuements (*Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 5, 2 fév. 1901).

Ménétrier. — Les inflammations chroniques des fosses nasales (*La Tribune méd.*, n[os] 4 et 5, 1901).

Meyer. — Rhinite fibrineuse (Soc. de laryngol. de Berlin, séance du 26 oct. 1900, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 8, 1901).

Morris. — Syphilis nasale (*The Med. Age*, n° 4, 25 fév. 1901).

Morton. — Végétations adénoïdes (*Canadian Pract. and Rev.*, août 1900).

M'Reynolds. — Sarcome du naso-pharynx. Relation des cas (*The Laryngoscope*, vol. X, n° 1, janv. 1901).

Nachod. — Rhinite pseudo-membraneuse (Verein deuts. Aerzte in Prag, séance du 1[er] déc. 1899, *Viener klin. Wochens.*, n° 22, 1900).

Norregaard. — Tumeur (fibrome) du volume d'une noix, extraite à l'anse galvanocaustique de la moitié gauche du naso-pharynx d'un garçon de quinze ans (Soc. danoise d'otol., séance du 20 oct. 1900, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 9, 1901).

Onodi. — Des rapports du sinus maxillaire avec le sinus sphénoïdal et les cellules ethmoïdales (*Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 7, 16 fév. 1901, et *Archiv f. Ohrenheilk.*, Band XI, Heft 3).

Panse. — Un cas de tuberculose des sinus maxillaire et sphénoïdal, avec issue fatale (*Archiv f. Laryngol.*, Band XI, Heft 3).

Parker (Charles). — Note sur la syphilis acquise du nez et du pharynx (*Lancet*, 26 janv. 1901).

Philip (J. H.) et **Brown (P. K.).** — Un cas de rhinorrhée céphalo-rachidienne et deux cas d'hydrorrhée nasale (*Medicine*, déc. 1900, p. 953, et *The Med. Rev.*, London, fév. 1901).

Presta. — Pequeñas lesiones nasales dan lugar á grandes trastornos de la inervación (*Rev. de med. y cir.*, Barcelona, n° 2, 15 fév. 1901).

Price-Brown. — Synéchies nasales et rétro-nasales (Amer. laryngol. and otol. Soc., VI[e] Congrès, juin 1900; anal. *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 4, 1901, art. origin. *in The Journ. of laryngol.*, déc. 1900).

Reuter. — Hyperosmie cocaïnique (*Onderzoekingen Physiol. Laborator*, Utrecht, série V, livre II, n° 1, 1900).

Rimscha. — Des polypes du nez (Soc. des médecins de Riga, *in Saint-Petersb. med. Wochens.*, n° 39, 1900).

Risley. — Déplacement du globe oculaire par affection des sinus frontal et ethmoïdal. Relation de deux cas (*Internat. med. Magaz.*, oct. 1900).

Rivière. — La scrofule et les végétations adénoïdes (*Lyon méd.*, n° 47, 1900).

A consulter l'*Index*.

Rœdlich, Weil, Gomperz, etc. — Discussion sur la communication de M. Schiff. Des rapports entre le nez et l'appareil sexuel de la femme (*Wiener klin. Wochens.*, n° 4, 1901, p. 101-103).

Romme. — Traitement chirurgical de l'acné hypertrophique du nez (*Presse méd.*, n° 8, 1901).

Rona. — Rhinosclérome (*Journ. of cutaneous and genito-urinary diseases*, mars 1900).

Royet. — Obstruction nasale myxœdémateuse (Soc. des sciences méd. de Lyon, *in Lyon méd.*, n° 6, 1901).

Saint-Clair Thomson. — Le rhumatisme dans ses rapports avec la gorge (*The Laryngoscope*, vol. X, n° 1, janv. 1901).

Sargnon. — Sinusites maxillaires d'origine dentaire (Soc. des sciences méd. de Lyon, séance du 30 janv. 1901, *in Lyon méd.*, n° 10, 10 mars 1901).

Schermers. — Du sens de l'odorat (*Geneeskundige Courant*, n° 1, 1900).

Schiff. — Des rapports entre le nez et l'appareil sexuel de la femme (*Wiener klin. Wochens.*, n° 3, 1901).

Schmieglow. — Rétrécissement diaphragmatique des choanes (Soc. danoise d'otol., séance du 20 oct. 1900, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 9, 1901).

Schneider. — Polype fibreux du nez (Soc. des médecins de l'hôpital Staro-Ekaterininsk de Moscou, *in Vratch*, n° 9, 1901, p. 284).

Schwenn. — Contribution à l'étude des tumeurs malignes des cavités accessoires du nez (*Archiv f. laringol.*, Band XI, Heft 3).

Shurely. — Traité des maladies de la gorge et du nez (*Treatise on diseases of nose and throat*) (in-8°, 762 p., avec figures, London, 1900).

Sigallas. — Contribution à l'étude de l'acné hypertrophique du nez (Thèse de Paris, 1900).

Silverthomme. — Abcès rétro-pharyngiens (*Canadian Pract. and Rev.*, nov. 1900).

Spencer (W. G.). — Un cas d'affaissement progressif du dos du nez consécutif à un hématome bilatéral de la cloison (Soc. de laryngol. de Londres, séance du 2 nov. 1900, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 10, 1901).

Stern. — Un cas d'anosmie hystérique (Soc. méd. de Nancy, séance du 12 décembre 1900, *in Rev. hebdom. de l'Est*, 1er fév. 1901).

Sternberg. — Traitement opératoire du rhinophyma et de l'éléphantiasis (Soc. império-royale des médecins de Vienne, séance du 22 fév. 1901, *in Semaine méd.*, n° 9, 1901, p. 71).

Stewart. — Traitement post-opératoire des végétations adénoïdes du naso-pharynx (*British med. Journ.*, 9 mars 1901).

Strazza. — Injections de vapeurs dans la cavité nasale (*Archiv. ital. di otol.*, fasc. 1, janv. 1901).

Struycken. — Tamponnement du nez (*Archiv. internat. de laryngol.*, n° 1, janv.-fév. 1901).

Sundholm. — Contribution à l'étude des ampoules osseuses dans le cornet moyen (*Archiv f. Laryngol.*, Band XI, Heft 3).

Szmurlo. — De la sérothérapie antidiphtérique dans l'ozène (*Medycyna*, n°s 37, 38, 1900).

Wagner (Henry). — Angiome kystique du nez (*San Francisco Polyclin. Bull.*, déc. 1900).

Wex. — Contribution à l'histologie normale et pathologique de l'amygdale pharyngée (*Archiv. of otol.*, Band XXIX, New-York, n° 6, déc. 1900).

Wright (Jonathan). — Du caractère non myxomateux des polypes du nez (*Med. Record*, 26 janv. 1901).

Wyllis. — Diphtérie nasale masquée par la rougeole (*Lancet*, 23 fév. 1901).

Ziem. — De l'étiologie et de la thérapeutique des affections suppurées du nez et des sinus accessoires (*La Parole*, nov. 1900).

Zuckerkandl. — Contribution à l'anatomie du centre olfactif (in-16, 42 p., Carl Gerold's Sohn, Vienne, 1900).

Zwaardemaker. — Le pouvoir olfactif de solutions de concentration diverses *Archiv f. Anat. und Physiol.*, Hefte 5 et 6, 1900).

Zwaardemaker. — La compensation du sens olfactif (*Archiv f. Anat. und Physiol.*, Hefte 5 et 6, 1900).

Larynx et Trachée.

Baron (Barklay). — Un cas de tumeur laryngée chez un homme de quarante-neuf ans (Soc. de laryngol. de Londres, séance du 2 nov. 1900, (*in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 10, 1901).

Bernheim. — Tuberculose primitive du larynx (*Rev. méd. de Suisse rom.*, oct. 1900).

Bergonié. — Les corps étrangers du larynx et les rayons X (*Archiv. d'électr. méd.*, n° 97, 15 janvier 1901).

Blumenau. — Des affections des voies respiratoires supérieures dans le rhumatisme (en russe) (*Vratch*, n° 6, 1901).

Brindel. — Un cas de corps étranger des voies aériennes, caramel à demi-carbonisé (*Journ. de méd. de Bordeaux*, n° 12, 1901, et *Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 10, 1901).

Casella. — Compression et déviation de la trachée par un cancer du corps thyroïde. Tubage et trachéotomie (Soc. des Sciences méd. de Lyon, séance du 16 janv. 1901, *in Lyon méd.*, n° 6, 1901).

Chiari. — Étude sur la structure des nodules des chanteurs (*Archiv f. Laryngol.*, Band XI, Heft 3).

Comba. — Un cas de sténose trachéale consécutive à une trachéotomie et guérie par l'intubation (*Bollet. delle mal. dell' orecchio*, n° 3, 1901).

Compte rendu de la Société de laryngologie de Londres, séance du 2 nov. 1900 (*in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 10, 1901).

Compte rendu de la Société américaine de laryngologie, otologie et rhinologie, VI° Congrès annuel, tenu à Philadelphie du 31 mai au 2 juin 1900 (*in Rev. hebdom. de laryngol.*, n°s 4, 5 et 6, 1901).

Compte rendu de la Société de laryngologie de Berlin, séance du 26 oct. 1900 et du 16 nov. 1900 (*in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 8, 1901).

Comte (Albert). — Paralysie pseudo-bulbaire et phénomènes laryngés (*La Parole*, n° 1, janv. 1901).

Croce. — De l'urticaire des voies respiratoires supérieures *(Die Urticaria der oberen Luftwege)* (Thèse de Breslau, 1900).

Durazzo. — Contribution à l'étude du lupus du larynx (Thèse de Paris, 1900).

Dudrewicz. — Un cas de corps étranger du larynx (*Kronika Lekarska*, n° 15, 1900).

Escat. — Des arthrites du larynx (*Archiv. internat. de laryngol.*, n° 1, janv.-fév. 1901).

Espey. — Œdème secondaire du larynx (*Colorado med. Journ.*, juin 1900).

Farbel (Thomas). — Carcinome du larynx (Soc. amér. de laryngol., VI° Congrès annuel, Philadelphie, 31 mai-2 juin 1900; anal. *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 6, 9 fév. 1901).

Félix. — Le lupus des muqueuses des voies aériennes supérieures (*Ann. des mal. de l'oreille*, n° 2, 1901).

Fischbein. — Sur le traitement du spasme de la glotte (*Deuts. Aerzte-Zeitung*, 15 déc. 1900).

Fiset. — Infections intra-trachéales (*Bull. méd. de Québec*, août 1900).

Flatau. — De l'usage du phonographe dans la pathologie et le traitement de la voix (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 8, 1901, anal. *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 8, 1901, p. 223).

Garel et Gouilloud. — Clou fixé dans la bronche droite depuis deux mois. Diagnostic par la radiographie. Ablation avec l'électro-aimant. Guérison (*Ann. des mal. de l'oreille*, n° 2, 1901).

Gerlach. — Anatomie du cavum laryngis chez l'homme (*Anatomische Hefte v. Merkel und Bonnet*, Band XIV, Heft 3, 1900).

Gibb (Joseph). — Carcinome du larynx (Soc. amér. de laryngol., etc., VI° Congrès, Philadelphie, 31 mai-2 juin 1900, anal. *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 4, 1901).

Gleason. — Laryngite aiguë (*Internat. med. Magaz.*, oct. 1900).

Gomez. — Cas de spasme de la glotte (*Riv. Especialidades*, 20 fév. 1901).

Gordon (Knyvett). — Un cas de fièvre typhoïde. Périchondrite laryngée. Trachéotomie. Perforation intestinale. Laparotomie. Nécropsie (*Lancet*, 2 févr. 1901).

Grant (Dundas). — Cas de tumeur maligne du larynx (Soc. de laryngol. de Londres, séance du 2 nov. 1900, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 10, 1901).

Grazzi. — De la tuberculose du larynx (*La Clin. moderna*, 12 sept. 1900).

Grönbeck. — Un cas de paralysie abductrice (Soc. danoise de laryngol. et d'otol., séance du 20 oct. 1900, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 9, 1901).

Harmer. — Sur un cas de croup primitif du larynx et de la trachée (Wiener laryngol. Gesell., séance du 6 déc. 1900, *in Wiener klin. Wochens.*, n° 1, 3 janv. 1901, p. 29).

Haushalter. — Un cas de fièvre typhoïde avec complications laryngées chez un enfant de dix-huit mois (Soc. de médecine de Nancy, séance du 26 déc. 1900, *in Rev. méd. de l'Est*, n° 6, 15 mars 1901).

Heurtebise. — Contribution à l'étude de la laryngite sèche chronique ozéneuse (Thèse de Paris, 1900).

Hordynski. — Section du larynx à l'aide d'un rasoir (*Der Militärarzt*, n° 13, 1900).

Iremayne. — Paralysie traumatique du récurrent droit (*Canadian Pract. and Rev.*, déc. 1900).

Kayser (R.). — Leçons sur le diagnostic et le traitement des maladies du larynx, du nez et des oreilles (*Anleitung zur Diagnose und Therapie der Kehlkopf- Nasen- und Ohrenkrankheiten*) (in-8°, 169 p., avec fig., Berlin, 1900).

Kiär (Gottlieb). — Gomme syphilitique du larynx de nature hérédo-syphilitique chez un garçon de six ans (Soc. danoise d'otol., séance du 20 oct. 1900, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 9, 1901).

Lake (R.). — Herpès de l'épiglotte (*The Journ. of laryngol.*, n° 2, févr. 1901).

Lewy. — Granulome du larynx et de la trachée après cicatrisation de la plaie opératoire de la trachéotomie pour œdème aigu du larynx (*Archiv f. Laryngol.*, Band XI, Heft 3).

Liebmann. — La parole chez les enfants atteints de dureté de l'ouïe (*Sammlung Zwangloser Abhandlungen*, n° 1, 1901).

Louys. — Des kystes intra-laryngés et en particulier des kystes laryngés branchiogènes (Thèse de Genève, 1900).

Lubliner. — Traitement chirurgical par la voie endo-laryngée de la tuberculose laryngée (*Medycyna*, n° 36, 1900).

Maguire. — Relation d'un cas de diphtérie laryngée comme complication de la rougeole (*Lancet*, 23 mars 1901).

Makuen (G. Hudson). — Sur quelques formes les plus communes de troubles de la parole (Soc. amér. de laryngol., VI° Congrès annuel, Philadelphie, 31 mai-2 juin 1900, anal. *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 6, 9 févr. 1901, art. origin. *in La Voix parlée et chantée*, mars 1901).

Meinhardt. — Du processus néoplasique dans le larynx et le pharynx (*Wiener med. Blätter*, n° 48, 1900).

Mignon. — L'examen anatomo-topographique et physiologique du larynx par la radioscopie (*Archiv. internat. de laryngol.*, n° 1, janv.-fév. 1901).

Milton. — Extraction d'un corps étranger des bronches par la trachéotomie intra-thoracique (*Lancet*, 26 janvier 1901).

Misenheimer. — Corps étranger des voies respiratoires (*The Carolina med. Journ.*, fév. 1900).

Monselles. — Du papillome du larynx chez les enfants et de leur traitement (*Archiv. ital. di otol.*, fasc janv. 1901).

Northrup. — Atrésie du larynx par suite d'une intubation maladroite (*Philadelphia med. Journ.*, 5 mai 1900).

Parker. — Cas d'hémorragie des cordes vocales (Soc. de laryngol. de Londres, séance du 2 nov. 1900, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 10, 1901).

Petersen. — De la laryngite sous-muqueuse chronique *(Ueber chronisch. submukõse Laryngitis)* (Thèse de Greisswald, 1900).

Pieniazek (Krokawie). — La laryngo-fissure dans le traitement de la tuberculose du larynx (*Dziennik Zjarda Lekarzy i Przyrodnikow Polskich w Krakowie,* p. 158).

Pieniazek. — L'intubation dans la sténose laryngée chronique des enfants (*Dziennik Zjarda Lekarsky i Przyrodnikow Polskich w Krakowie,* Str. 156).

Pinard. — De l'utilité du tube laryngien dans la pratique (Acad. de méd., séance du 29 janv. 1901, *in Bull. méd.*, n° 8, 1901).

Platt. — Fracture de l'os hyoïde et des cartilages du larynx (*Philadelphia med. Journ.*, 20 juin 1900).

Réthi (L.). — Les maladies du larynx *(Die Krankheiten des Kehlkopfes)* (2e édition, in-16, 149 p., Vienne, F. Deuticke, 1901).

Richter. — Traitement électrique du larynx et nouvelle méthode de traitement du nerf récurrent (*Archiv f. Laryngol.*, Band XI, Heft 3).

Rohr. — De la syphilis héréditaire tardive du larynx chez les enfants (Soc. de laryngol. de Berlin, séance du 26 oct. 1900, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 8, 1901).

Rosenberg. — Nouvel instrument tranchant pour le larynx (*Monats. f. Ohrenheilk.*, n° 12, 1900).

Saint-Clair Thomson. — Un cas d'affection laryngée (tuberculeuse?) pour le diagnostic (Soc. de laryngol. de Londres, séance du 2 nov. 1900, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 10, 1900).

Schmidt. — Un cas de brûlure du larynx et du pharynx, avec terminaison fatale (*Deuts. med. Wochens.*, 31 janv. 1901).

Schmieglow. — Un cas de périchondrite du cartilage thyroïde de nature indéterminée (Soc. danoise d'otol., séance du 20 oct. 1900, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 9, 1901).

Schroetter (Hermann von). — Contribution à l'étude du sclérome de la trachée avec remarques sur la valeur de l'étude systématique de cette maladie en général (*Ann. des mal. de l'oreille*, n° 3, mars 1901).

Schutter. — Un cas d'hémiplégie laryngée d'origine probablement cérébrale (*Archiv f. Laryngol.*, Band XI, Heft 3).

Sémon. — Indications de la thyrotomie (*Lancet*, 11 août 1900).

Sendziak. — Un cas de diphtérie du larynx et du pharynx ayant simulé un abcès de l'amygdale linguale et une laryngite sous-muqueuse (*Monats. f. Ohrenheilk.*, n° 1, 1901).

Sendziak. — De la curabilité et du traitement de la tuberculose laryngée (*Kronika Lekarska,* n° 23, 1900).

Sendziak. — Troubles laryngés dans les affections des centres nerveux (*Klinische Vorträge*, Band IV, Heft 3).

Sexton. — Trachéotomie pour corps étranger du larynx (*Indiana med. Journ.*, 1901).

Sokolowski. — Des manifestations du côté de l'appareil respiratoire chez des individus prédisposés à l'arthritisme (*Sammlung Zwangloser Abhandlungen,* n° 1, 1901).

Stewart. — Un cas de polype muqueux du larynx (Soc. de laryngologie de Londres, séance du 2 nov. 1900, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 10, 1901)

Strazza. — Un cas de trouble d'innervation du larynx d'origine bulbaire (*Archiv. ital. di otol.*, fasc. I, janv. 1901).

Tanturri. — Un cas de condylome étendu des cordes vocales (*Giorn. internat. delle scienze med.*, anno XXII).

Theisen. — Angine épiglottique antérieure. Relation de trois cas (*The Journ. of the Amer. med. Assoc.*, n° 3, 19 janv. 1901, et *Albany med. Ann.*, juill. 1900).

Trofimow. — Laryngite sous-muqueuse infectieuse (*Allg. Wiener med. Zeitung*, n°s 8 et 9, 1901).

Vergas. — Sténose laryngée par membrane sous-glottique. Intubation avec trachéotomie préalable. Guérison (*Bol. de laryngol.*, Madrid, janv.-fév. 1901).

Vigdortchik. — Un cas de périchondrite laryngée externe (en russe) (*Ejenedelnik*, n° 8, Saint-Pétersbourg, 1901).

Waggett (Ernest). — La cure radicale des affections malignes du larynx (*New-York med. Journ.*, 9 mars 1901).

Watson. — Papillome du larynx (The clinical Soc. of Maryland, séance du 4 janv. 1901, *in Virginia med. Semi-Monthly*, Richmond, 22 fév. 1901).

Wells (Walter). — Épingle de sûreté dans le larynx. Extraction par trachéotomie (*Virginia med. Semi-Monthly*, Richmond, 22 fév. 1901).

West. — Observations sur l'intubation du larynx par la méthode O'Dwyer, basées sur 75 cas (*The Amer. gynecol. and obstetric. Journ.*, avril 1900).

Wilson (N. L.). — De l'intervention précoce dans la paralysie abductrice bilatérale (Soc. amér. de laryngol., etc., VI° Congrès, Philadelphie, 31 mai-2 juin 1900, anal. *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 4, 1900).

Wingrave (Wyatt). — Un cas de papillome du larynx (Soc. de laryngol. de Londres, séance du 2 nov. 1900, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 10, 1901).

Wright (Jonathan). — Problèmes dans l'étiologie, le diagnostic et le traitement des affections tuberculeuses des voies respiratoires supérieures (*The Med. Journ.*, 19 janv. 1901).

Ziffer (Gleichenberg). — Du diagnostic et du traitement des catarrhes laryngés chroniques (*Wiener med. Wochens.*, n° 28, 1900).

Oreilles.

Alexander. — Étude anatomique du ganglion vestibulaire chez les mammifères (*Archiv f. Ohrenheilk.*, Band LI, Hefte 2 et 3).

Alexander. — Ouverture de l'apophyse mastoïde sous l'anesthésie locale (Soc. império-royale des médecins de Vienne, séance du 23 févr. 1901, *in Semaine méd.*, n° 9, 1901, p. 71).

Allan. — Névralgie glaciale due à une irritation de la membrane du tympan par un cheveu (*British med. Journ.*, 16 fév. 1901).

Allport (Frank). — Le traitement des otorrhées chroniques (*The Journ. of the Amer. med. Assoc.*, Chicago, 2 mars 1901).

Alt. — Un cas d'affection labyrinthique consécutive aux oreillons (*Monats. f. Ohrenheilk.*, n° 1, 1901).

Alt. — Bruits objectifs musicaux perceptibles de l'oreille, occasionnés par un anévrysme d'une branche de l'artère maxillaire interne (*Monats. f. Ohrenheilk.*, n° 1, 1901).

Andrews. — Nouvelle épreuve objective pour mastoïdite. Relation d'un cas (*Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 26 janv. 1901).

Bernstein. — Trépanation de la mastoïde pour une otite moyenne suppurée chronique (The Clin. Soc. of Maryland, séance du 4 janv. 1901, *in The Virginie med. Semi-Monthly*, Richmond, 22 févr. 1901).

Bezold. — Analyse de l'épreuve de Rinne (*Archiv. of otol.*, Band XXIX, n° 6, New-York, déc. 1900).

Bezold. — Méthode d'examen fonctionnel des maladies de l'oreille (*Archiv. of otol.*, Band XXIX, n° 6, New-York, déc. 1900).

Biggs. — Abcès cérébral. Rupture dans le quatrième ventricule (The New-York pathol. Soc., séance du 9 janvier 1901, *in Med. Record,* 16 févr. 1901).

Bishop. — Traitement des inflammations aiguës de l'oreille moyenne (*The Laryngoscope,* Saint-Louis, vol. IX, nº 6, déc. 1900).

Bonnier. — Traitement de l'ankylose tympanique (*Presse méd.,* nº 13, 23 févr. 1901).

Brühl. — L'épreuve de Rinne et celle de Gellé (*Archiv. of otol.,* Band XXIX, nº 6, New-York, déc. 1900).

Brunel. — L'otite sèche et son traitement (Thèse de Paris, Jouve et Boyer, 1900).

Burnett. — Une série de cas d'affections suppurées du temporal (*Archiv. of otol.,* vol. XXIX, nº 6, 1900, New-York).

Calhoun. — Quelques observations de mastoïdite. Opération (*The Journ. of the Amer. med. Assoc.,* 23 févr. 1901).

Champeaux. — Du traitement des otorrhées au bord de la mer (*Archiv. internat. de laryngol.,* nº 1, janv.-févr. 1901).

Chauveau. — Herpès du tympan coïncidant avec un herpès guttural et labial (*Ann. des mal. de l'oreille*, nº 2, 1901).

Chauveau. — Fibro-chondrome du lobule de l'oreille (*Ann. des mal. de l'oreille,* nº 2, 1901).

Citelli. — Recherches bactériologiques de l'oreille moyenne à l'état normal (*Archiv. ital. di otol.,* fasc. I, janv. 1901).

Cohn (Jacob). — De la méningite d'origine otitique *(Ueber Otogene Meningitis)* (Thèse de Breslau, 1900).

Compte rendu de la Société autrichienne d'otologie, séance du 29 juin 1900 (*Rev. hebdom. de laryngol.,* nº 7 et 8, 1901).

Cosse. — Un cas de panophtalmie de l'œil gauche consécutive à une mastoïdite du côté droit (*La Touraine méd.,* nº 3, 1901).

Cox (Rosamond). — Relation de deux cas de corps étrangers du conduit auditif (*San Francisco Polyclin. Bull.,* déc. 1900).

Cox. — Les affections de l'apophyse mastoïde (*Maritime med. News*, oct. 1900).

Cozzolino (A.). — L'eau oxygénée dans les processus catarrhaux lents de l'oreille moyenne et dans quelques formes d'atrophie de la muqueuse naso-pharyngienne (*Gaz. med. Lombarda,* Milan, nº 50, 9 déc. 1900).

Dalby (W.). — Le présent et le passé de la chirurgie de l'oreille (*Lancet,* 9 mars 1901).

Dench (Edward Bradford). — Résultats du traitement chirurgical des inflammations de l'apophyse mastoïde (*The Journ. of the Amer. med. Assoc.,* Chicago, 2 mars 1901).

Dench (E. B.). — Trois cas de ligature de la jugulaire interne pour thrombose septique consécutive à une otite moyenne suppurée. Guérison (Soc. amér. de laryngol., VIe Congrès annuel, Philadelphie, 3 mai-2 juin 1900, anal. *in Rev. hebdom. de laryngol.,* nº 6, 9 févr. 1901; art. origin. *in Archiv. of otol.,* New-York, nº 6, déc. 1900).

Donalies. — Du traitement opératoire des affections chroniques du temporal (Med. Gesellsch. zu Leipzig, *Munch. med. Wochens.*, nº 11, 1901).

Dubreuilh. — Kératose sénile; calcification des oreilles consécutive aux engelures (Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, séance du 10 déc. 1900, *in Journ. de méd. de Bordeaux,* nº 9, 1901).

Dudley. — Abcès du cerveau consécutif à une otite moyenne chronique. Guérison (Soc. amér. de laryngol., VIe Congrès annuel, Philadelphie, 3 mai-2 juin 1900, anal. *in Rev. hebdom. de laryngol.,* nº 6, 9 févr. 1901).

Dufour (Clarence). — Hémorragie abondante consécutive à l'ablation d'un myxo-fibrome de l'oreille (*Archiv. of otol.,* Band XXIX, nº 6, New-York, déc. 1900).

Eitelberg. — Casuistique otologique (*Klin.-therapeut. Wochens.*, nº 6, 1901).

Eitelberg. — Des rapports de l'agoraphobie avec certaines affections de l'oreille (*Wiener med. Presse,* 8 juillet 1900).

Frankenberg. — Sur deux cas de thrombose sinusienne à la suite d'une otite moyenne (*Ueber zwei Fälle von Sinusthrombose nach Otitis media*) (Thèse de Greisswald, 1900).

Frederick. — Diagnostic des perforations du tympan (*San Francisco Polyclin. Bull.,* déc. 1900).

Gaessler. — Complications auriculaires de la fièvre scarlatine avec relation de 12 cas (*Archiv. of otol.,* Band XXIX, n°6, New-York, déc. 1900).

Gaudier. — Otite moyenne suppurée chronique (sans ses complications infectieuses, générales ou cérébrales) (*Echo méd. du Nord*, Lille, n° 11, 17 mars 1901).

Gellé. — Les sons voyelles en fonction du temps (*Tribune méd.,* n° 6, 6 févr. 1901).

Goldsmith. — Mastoïdite suppurée aiguë (*Canada Lancet,* août 1900).

Gomperz. — Opération plastique rétro-auriculaire (Soc. autrichienne d'otol., séance du 29 juin 1900, *in Rev. hebdom. de laryngol.,* n° 7, 16 févr. 1901).

Gomperz. — Sur le traitement des synéchies de l'oreille moyenne (Soc. autrichienne d'otol., séance du 29 juin 1900, *in Rev. hebdom. de laryngol.,* n° 8, 1901).

Gradle. — Malformation osseuse et fistules du conduit auditif externe (*The Journ. of the Amer. med. Assoc.,* Chicago, 2 mars 1901).

Greift (de). — Mastoïdite suppurée avec nécrose de l'apophyse mastoïde et phlébite du sinus (Soc. de méd. d'Anvers, séance du 13 déc. 1900, *in Le Progrès méd. belge*, n° 2, 1901).

Grunert. — De l'état actuel de l'otologie dans la Grande-Bretagne (*Lancet,* 22 déc. 1900).

Hammerschlag. — Les affections rhumatismales de l'acoustique (Soc. autrichienne d'otol., séance du 29 juin 1900, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 8, 1901).

Hammerschlag. — Des abcès cérébraux d'origine otique (*Monast. f. Ohrenheilk.*, n° 1, 1901).

Haseltine. — La restauration de la membrane du tympan (*La Clinique,* 15 janv. 1901).

Hassler. — Balle de revolver d'ordonnance logée dans l'apophyse mastoïde après avoir fracturé le condyle du maxillaire inférieur et le conduit auditif (*Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 8, 1901, et *Gaz. hebdom. des sciences méd. de Bordeaux,* n° 6, 1901).

Hatch et **Row.** — Tumeur fongueuse de l'oreille (*Lancet*, 1er déc. 1900).

Heermann. — Fièvre scarlatine et oreille (*Sammlung Zwangloser Abhandlungen,* Band V, n° 2, 15 fév. 1901).

Hegener. — Étude clinique et histologique des tumeurs sarcomateuses du temporal (*Archiv of otol.*, Band XXIX, n° 6, New-York, déc. 1900).

Heine. — Du danger que présentent chez les vieillards les otites moyennes aiguës purulentes (*Berlin. klin. Wochens.,* 27 août 1900).

Henning. — Rapport sur l'emplacement artificiel du pavillon de l'oreille (Soc. autrichienne d'otol., séance du 29 juin 1900, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 7, 16 fév. 1901).

Holinger. — Spongification du labyrinthe (*The Laryngoscope,* vol. X, n° 1, janv. 1900).

Joachim (Otto). — Deux cas de pyohémie d'origine otique. Ouverture du sinus latéral avec ligature de la veine jugulaire (Soc. amér. de laryngol., VIe Congrès annuel, Philadelphie, 31 mai-2 juin 1900, anal. *in Rev. hebdom. de laryngol.,* n° 6, 9 fév. 1901 ; art. origin. *in Archiv. of otol*, Band XXX, n° 4, août 1900).

Kerr. — Deux cas de pyohémie sinusienne avec résultats insolites (*Lancet,* 13 oct. 1900).

Klieneberger. — Sur une anomalie du pavillon de l'oreille (*Neurolog. Centr. Blätt.*, 1er juill. 1900).

Knapp (Herman). — Tympano-mastoïdite suppurée chez les enfants (*The Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 23 fév. 1901).

Knapp. — Un cas d'abcès otogène du lobe temporal gauche du cerveau avec cécité verbale. Opération. Mort. Autopsie (*Zeits. f. Ohrenheilk.*, Band XXXVIII, Heft 3, et *Archiv. of otol.*, Band XXXIX, n° 1, New-York, janv. 1900).

Koller. — Cas de thrombo-phlébite du sinus sigmoïde gauche ayant masqué un abcès latent du lobe temporo-sphénoïdal du cerveau, consécutifs tous les deux à une otite moyenne chronique (*Med. Record*, 19 janvier 1901).

Kollock. — Cas d'inflammation de l'apophyse mastoïde (*Carolina med. Journ.*, mars 1900).

Lake. — De la question de fixation de la peau de la paroi postérieure du conduit dans les opérations radicales mastoïdiennes (*The Journ. of laryngol.*, Londres, mars 1901).

Lake. — Kyste séreux du pavillon (*Journ. of laryngol.*, n° 2, fév. 1901).

Lannois et **Levy.** — L'audi-mutité (*Ann. des mal. de l'oreille*, n° 1, 1901).

Lermoyez. — L'hygiène de l'oreille (*Presse méd.*, nos 9 et 10, 30 janv. et 2 févr. 1901).

Lermoyez. — La surveillance de l'audition (*Presse méd.*, n° 12, 9 fév. 1901).

Lester (John C.). — Corne cutanée de l'oreille (Soc. amér. de laryngol., VIe Congrès annuel, Philadelphie, 31 mai et 2 juin 1900, anal. *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 6, 9 fév. 1900).

Love. — Du ménagement des parties molles dans les opérations mastoïdiennes (*British med. Journ.*, 17 nov. 1900).

Luzzati. — De l'altération de l'organe de l'ouïe produite par l'explosion des armes à feu (*Ann. di Med. navale*, anno VI, fasc. 5, 1900).

Macaskie. — Ablation d'un corps étranger de l'oreille (*Lancet*, 2 juin 1900).

Mc Caw. — Abcès extra-dural consécutif à un tympano-mastoïdite suppurée aiguë. Relation de deux cas (*The Laryngoscope*, Saint-Louis, vol. X, n° 2, fév. 1901).

Mac Kernon. — Traitement abortif de la mastoïdite aiguë chez les adultes et les enfants (Soc. amér. de laryngol., VIe Congrès annuel, Philadelphie, 3 mai et 2 juin 1900; anal. *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 6, 9 fév. 1901).

Mc Kinney. — Rupture de la membrane du tympan par choc indirect. Commotion du labyrinthe et surdité complète (*The Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 9 mars 1901).

Marage. — Rôle de la chaîne des osselets dans l'audition (*Gaz. des hôpit.*, n° 25, 28 fév. 1901).

May (Charles). — Abcès du cerveau consécutif à une otite moyenne suppurée. Opération. Evacuation de l'abcès. Mort (*Zeits. f. Ohrenheilk.*, Band XXXVIII, Heft 3, et *Archiv. of otol.*, n° 1, janv. 1900).

Melzi. — Contribution à l'étude de l'otite diabétique. Abcès mastoïdien, trépanation de l'apophyse mastoïde. Opération radicale. Guérison (*Bollet. clin. scientifico della Poliamb. di Milano*, fasc. XI).

Mink. — Contribution au traitement des otorrhées chroniques par les voies naturelles (*Ann. des mal. de l'oreille*, nos 1-3, 1901).

Morpurgo. — Un cas de périchondrite de l'oreille externe chez un diabétique (*Bollet. delle malatt. dell' orecchio*, n° 2, 1901).

Moure et **Lafarelle.** — Otite moyenne suppurée. Mastoïdite. Trépanation. Mort un mois après de méningite aiguë généralisée. Autopsie. Cellule mastoïdienne aberrante suppurée (*Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 4, 26 janv. 1901).

Morrison. — Le traitement radical des otorrhées chroniques et des polypes de l'oreille (*Maritime med. News*, déc. 1900).

Murray (William). — Paralysie faciale, comme complication d'une otite moyenne aiguë (*Archiv of otol.*, Band XXIX, nº 6, New-York, déc. 1900).

Ostmann. — Recherches expérimentales sur le massage de l'oreille. 3e partie : essai du massage vibratoire, comme moyen thérapeutique dans l'affaiblissement de l'ouïe (*Archiv f. Ohrenheilk.*, Band LI, Hefte 2 et 3).

Packard. — Manifestations auriculaires de la syphilis (*The Journ. of the Amer. med. Assoc.*, Chicago, 2 fév. 1901).

Peter. — Occlusion de la fossette auriculaire du lézard (*Archiv f. Ohrenheilk.*, Band LI, Hefte 2 et 3).

Phillips (Wendell). — Complications ganglionnaires des amygdalites folliculaires et suppurées aiguës associées à l'influenza (Soc. amér. de laryngol., VIe Congrès annuel, Philadelphie, 31 mai-2 juin 1900; anal. *in Rev. hebdom. de laryngol.*, nº 6, 9 fév. 1901; art. origin. *New-York med. Journ.*, 4 août 1900).

Phillips. — Nouvelles recherches sur l'emploi d'acide phénique pure dans le traitement des plaies mastoïdiennes et des suppurations chroniques de l'oreille moyenne (*Med. Record*, 25 août 1900).

Pick. — Un cas de nécrose bilatérale de la capsule osseuse du labyrinthe à la suite d'une suppuration chronique de l'oreille moyenne (Soc. autrichienne d'otol., séance du 29 juin 1900, *in Rev. hebdom. de Laryngol.*, nº 7, 1901).

Pierce (Norval). — Granulome de l'espace de Prussak simulant la carie (Soc. amér. de laryngol., VIe Congrès annuel, Philadelphie, 31 mai-2 juin 1900; anal. *in Rev. hebdom. de laryngol.*, nº 6, 9 fév. 1901).

Pollak. — Rapport sur les lésions traumatiques de l'oreille (Soc. autrichienne d'otol., séance du 29 juin 1900, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, nº 7, 1901).

Politzer. — Contribution à l'anatomie pathologique de l'otite moyenne aiguë chez les nourrissons (Soc. autrichienne d'otol., séance du 29 juin 1900, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, nº 7, 16 fév. 1901).

Richards. — Abcès du cerveau d'origine otique (Soc. amér. de laryngol., VIe Congrès annuel, Philadelphie, 31 mai-2 juin 1900; anal. *in Rev. hebdom. de laryngol.*, nº 6, 9 fév. 1901).

Richards (George). — Un cas insolite de rupture traumatique du tympan (Soc. amér. de laryngol., VIe Congrès annuel. Philadelphie, 31 mai-2 juin 1900, anal. *in Rev. hebdom. de laryngol.*, nº 6, 9 fév. 1901).

Richardson. — Trois cas de complications cérébrales consécutives à une otite moyenne suppurée (*The Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 23 fév. 1901).

Rimini. — Sur un cas de pyohémie par ostéo-phlébite du temporal au cours d'une otite moyenne aiguë double (*Zeits. f. Ohrenheilk.*, Band XXXVIII, Heft 3).

Snydacker. — Doit-on ouvrir l'antre dans tous les cas d'empyème des cellules mastoïdiennes? (*Archiv of otol.*, Band XXIX, nº 6, New-York, déc. 1900).

Straesco. — Recherches bactériologiques et thérapeutiques sur les otites suppurées fétides (Thèse de Genève, 1900).

Taptas. — Un cas d'abcès périsinusal consécutif à une otite purulente aiguë survenue après complète guérison de l'otite (*Ann. des mal. de l'oreille*, nº 2, 1901).

Tod (Hunter). — Atrésie congénitale. de l'oreille (*The Journ. of laryngol.*, Londres, mars 1901).

Tomka. — Hémorragie hémophilique de l'oreille (*Archiv f. Ohrenheilk.*, Band LI, Hefte 2 et 3).

Transactions of the otological Society of the United Kingdom (vol. I, First session 1899-1900, London, Churchill, 1900).

Traver. — Quelques considérations sur les interventions mastoïdiennes dans des processus septiques de l'oreille moyenne (*El Siglo med.*, 10 mars 1901).

Trambeta et Ostino. — Nystagmus et canaux semi-circulaires (*Clin. moderna*, janv. 1901).

Treitel. — Nouvelle contribution à l'étude du carcinome de l'oreille (*Zeits. f. Ohrenheilk.*, Band XXXVIII, Heft 3).

Trautmann. — Vaste exostose de la paroi antérieure du conduit auditif externe enlevée après décollement du pavillon et par extirpation du conduit membraneux (*Archiv f. Ohrenheilk.*, Band LI, Hefte 2 et 3).

Ulmann. — Influenza accompagnée de quatre attaques successives de pneumonie, d'otite moyenne suppurée, d'hyperémie cérébrale. Inanition. Guérison (*The Journ. of the Amer. med. Assoc.*, Chicago, 2 fév. 1901).

Urbantschitsch. — Sur un traitement mécanique de certaines formes de vertige (*Wiener klin. Wochens.*, n° 7, 1901).

Vial. — Accidents aigus d'origine otique (Soc. des sciences méd. de Lyon, séance du 16 janv. 1901, *in Lyon méd.*, n° 7, 1901).

Wilson. — Mastoïdite, otite moyenne aiguë et pyohémie survenues chez un épileptique à la suite d'un traumatisme (*Lancet*, 12 mai 1900).

Wolff. — De l'inoculabilité des otites moyennes aiguës (*Zeits. f. Ohrenheilk.*, Band XXXVIII, Heft 3).

Woodward. — Prévention des complications intra-craniennes et intra-veineuses dans les suppurations de l'oreille (*The Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 2 fév. 1901).

Wurdemann. — Otite moyenne suppurée chez les enfants et leur traitement (*Wizconsin state med. Transact.*, 1900).

Zaalberg. — Un cas de pyohémie otogène avec thrombose sinusienne terminée par la guérison (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 29 déc. 1900).

Zeisler. — Othématome syphilitique (*Journ. of cutaneous and genito-ur. diseases*, fév. 1901).

Zeroni. — Un cas d'hémorragie carotidienne consécutive à une carie du temporal (*Archiv f. Ohrenheilk.*, Band LI, Hefte 2 et 3).

Croup et Diphtérie.

Ausset. — Un cas de croup ascendant (diphtérie bronchique d'emblée) (*Écho méd. du Nord*, n° 10, 10 mars 1901, et *Bull. de la Soc. cent. de médecine du départ. du Nord*, n° 2, 1901).

Behrman. — De la prophylaxie de la diphtérie septique et phlegmoneuse (*Archiv f. Kinderheilk.*, Band XXIX, 5 et 6, 1900).

Belfiore (Giulio). — Relation de 16 cas d'intubation pour croup (*L'Arte med.*, Naples, n° 45, 11 nov. 1900).

Burrows. — Étude clinique de la diphtérie (*The Amer. Journ. of med. Sciences*, fév. 1901).

Carrière. — Sur un cas de diphtérie trachéo-bronchique (*Le Nord méd.*, 1er fév. 1901).

Fenn. — Des récents progrès sur le traitement de la diphtérie (*The Journ. of Laryngol.*, n° 2, fév. 1901).

Girardot. — La diphtérie (*Toledo med. and surg. Reporter*, avril 1900).

Grosh. — La prophylaxie de la diphtérie (*Ann. of gynecol. and pediatry*, mai 1900).

Iterson (Van). — La trachéotomie en cas de diphtérie (*Journ. de chir.* et *Ann. de la Soc. belge de chir.*, n° 1, 1901).

Lambotte. — Recherches sur les bacilles diphtéritiques et pseudo-diphtéritiques de l'homme et des animaux (Mém. couron. Acad. royale de méd. de Belgique, t. XV, fasc. 3, 1900).

Bordeaux. — Imprimerie G. GOUNOUILHOU, rue Guiraude, 11.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

DE

La REVUE du Dr E. J. MOURE

1er juin 1901.

Bouche et Pharynx buccal.

Baurowicz (Krakow). — Un cas de tumeur de la muqueuse buccale de cause inconnue (*Archiv f. Laryngol.*, Band XII, Heft 1, Berlin, 1901).

Bernard. — Stomatite avec éruption simulant la fièvre scarlatine (*British med. Journ.*, Londres, 18 mai 1901).

Beyer. — Contribution à l'étiologie de la carie dentaire et des stomatites en Thuringe *(Beitrag zur Aetiologie der Zahnverderlenis und Stomatitis in Thüringen)* (Dissert., Iéna, 1901).

Botey (Ricardo). — Du rôle du pôle supérieur de l'amygdale et de la fenêtre supra-tonsillaire comme cause des périamygdalites phlegmoneuses. Extirpation de la moitié supérieure de l'amygdale comme traitement préventif efficace (*Archiv. lat. de rinol.*, Barcelone, mars-avril 1901).

Bottermund (Dresde). — Du rôle physiologique de la luette pour la voix chantee (*Archiv f. Laryngol.*, Band XII, Heft 1, Berlin, 1901).

Boulai (Rennes). — Ulcération du pharynx et du voile du palais de nature indéterminée (*Archiv. internat. de laryngol.*, n° 2, Paris, mai-jnin 1901).

Bridoux. — Épithélioma de la langue chez une femme. Ablation. Guérison (*Journ. des sciences méd. de Lille*, n° 15, 1901).

Brindeaux et **Macé.** — Streptococcie buccale chez un nouveau-né (Société d'obstétrique de Paris, 15 fév. 1900).

Bronner (Bradford). — Des céphalées d'origine nasale (Leeds and West Riding med.-chir. Soc. *in British med. Journ.*, London, 11 mai 1901).

Calmette. — Des infections buccales et de leur prophylaxie (*Bull. méd.*, Paris, n° 26, 3 avril 1901).

Chaminade. — Kyste odontopathique volumineux du maxillaire supérieur; pathogénie, diagnostic et traitement (*Ann. de la Policlin. de Bordeaux*, n° 5, mars 1901).

Chauveau. — Contribution à l'histoire de la pathologie pharyngée pendant la période gréco-romaine (*Ann. des mal. de l'oreille*, Paris, n° 4, avril 1901).

Dozy (Amsterdam). — Observations sur la tuberculose buccale (*Med. Weekbl.*, 27 oct. 1900).

Dufour. — Chancre induré de l'orifice buccal (*La Clinique*, n° 15, 1900).

Engelen (Van). — Un cas de sarcome des maxillaires (*La Clinique*, n° 1, 1900).

Esterre (d'). — De la valeur du sérum antidiphtérique dans le traitement de l'amygdalite membraneuse non diphtérique (*British med. Journ.*, 6 avril 1901).

Frankenberger. — Érysipèle du pharynx et du larynx (*Casopis Lekaru Ceskych*, 13 oct. 1900).

Gadlée. — Poche pharyngée enlevée par une opération (Royal med. and chir. Soc., séance du 14 mai 1901, *in British med. Journ.*, Londres, 18 mars 1901).

Gallet. — Épithélioma du plancher de la bouche; opérations temporaires combinées (*La Clinique*, n° 28, 1900).

Gaucher et **Lacapère.** — Actinomycose de la joue (Soc. méd. des hôpit., *in Bull. méd.*, n° 33, Paris, 27 avril 1901).

Glatzel. — Du diagnostic différentiel des affections primitives de la muqueuse buccale (*Archiv f. Laryngol.*, Band XII, Helt 1, Berlin, 1901).

Gollet. — Myxo-sarcome amygdalo-pharyngien. Ablation par la voie inter-thyro-maxillaire. Guérison. Technique opératoire (*La Clinique*, n° 32, 1900.

Gourc. — Nécrose post-variolique des maxillaires (Soc. méd.-chir., séance du 13 mars 1901, *in Bull. méd.*, n° 38, 1901).

Gugenheim. — Un cas de tuberculose du pharynx (Soc. méd. de Nuremberg, séance du 5 déc. 1900, *in Münch. med. Wochens.*, n° 13, 26 mars 1901).

Hammond et **Lord.** — Hémorragie amygdalienne; ligature de la carotide primitive. Guérison (*British med. Journ.*, London, 11 mai 1901).

Hankins (George). — Note sur un cas de fracture du maxillaire supérieur (*Australasian med Gaz.*, 20 juin 1900).

Harmer. — Démonstration d'un cas de glossite profonde avec formation d'abcès (Soc. de laryngol. de Vienne, séance du 6 déc. 1900, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 19, Bordeaux, 11 mai 1901).

Harmer. — Recherches bactériologiques sur l'enduit consécutif à l'ablation des amygdales et ses relations possibles avec l'infection diphtérique (*Wiener klin. Wochens.*, 20 sept. 1900).

Hellat. — Des troubles de l'organisme consécutifs à la sialorrhée psychique (*Allgem. Wiener med. Zeitung*, n°s 15, 16, 17 et 18, 9 avril 1901).

Johnson (Alexander). — Épithélioma des joues et du maxillaire inférieur. Ablation de la tumeur et d'une partie du maxillaire. Pas de récidive depuis quatre ans (*Ann. of surg.*, avril 1900).

Kelson. — Des affections des amygdales (Hunterian Soc., séance du 27 mars 1901, *in British med. Journ.*, 13 avril 1901).

Lavrand. — Le gargarisme comme moyen thérapeutique (*Journ. des sciences méd. de Lille*, n° 13, 1901, et *la Voix parlée et chantée*, Paris, juin 1901).

Lenhardt. — La syphilis du pharynx (*Rev. méd. de Normandie*, n° 8, Rouen, 25 avril 1901).

Lieven. — La syphilis des voies respiratoires supérieures. La syphilis de la cavité bucco-pharyngienne *(Die Syphilis der oberen Luftwege unter besonderer Berücksichtigung der differentiellen Diagnose und der lokalen Therapie. 2 Theil. Die Syphilis der Mund und Rachenhöhle)* (in 8°, 112 p. avec fig., Iéna 1900).

Magnan. — Épithélioma de la luette et du voile du palais (*La Touraine méd*, n° 4, 15 avril 1901).

Maguire. — Gros calcul salivaire sans symptômes; expulsion spontanée (*British med. Journ.*, 6 avril 1901).

Mainguy. — Les dents et les yeux (*Gaz. méd. de Nantes*, n° 27, 4 mai 1901).

Mills. — Quelques observations au sujet du traitement du bec-de-lièvre chez l'enfant (*La Clinique*, n° 25, 1900).

Mongardi (Bologne). — Sur deux cas de lymphadénie de l'amygdale linguale (*Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 14, Bordeaux, 6 avril, 1901).

Monod. — Hypertrophie aiguë énorme de la langue (Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, séance du 3 mars 1901, *in Gaz. des sciences méd.* de Bordeaux, n° 20, 19 mai 1901).

Moty. — Kyste dermoïde sus-hyoïdien suppuré (*Bull. de la Soc. centrale de med. du départ. du Nord*, Lille, n° 4, 22 mars 1901).

Nardi (Jacopo). — Contribution clinique à l'étiologie de l'amygdalite folliculaire et des exsudats post-opératoires dans l'amygdalotomie (*Bull. delle malatt. dell' orecchio*, n° 5, Florence, mai 1901).

Pechère. — Etude des altérations chirurgicales débutant par des infections buccales chez les enfants (*Journ. de méd. de Bruxelles*, n° 1, 1900).

Piaget. — Deux cas d'hémorragie après amygdalotomie (*Dauphiné méd.*, sept. 1900).

Pinatelle. — Épithélioma de la luette (Soc. des sciences méd. de Lyon, séance du 13 mars 1901, *in Lyon med.*, n° 16, 21 avril 1901, p. 593).

Piollet. — Epithélioma de la langue chez une femme (Soc. des sciences méd. de Lyon, séance du 27 mars 1901, *in Lyon méd.*, n° 18, 5 mai 1901).

Pouly. — Calcul salivaire sublingual (*Lyon méd.*, n° 13, 31 mars 1901, p. 490).

Rabaud. — Anatomie élémentaire du pharynx, du larynx, de l'oreille et du nez (in-8°, 42 p. avec fig., et une planche coloriée, Paris, 1900).

Raoult. — Nouveau cas d'amygdalite ulcéro-membraneuse (Congrès des Sociétés savantes, Nancy, avril 1901, *in Bull. méd.*, n° 29, 1901).

Rappin. — Un cas d'angine à bacilles fusiformes (*Gaz. med. de Nantes*, 13 avril 1901).

Richter (Greisswald). — Deux cas typiques de fibrome pharyngé rétro-maxillaire (*Monats. f. Ohrenheilk.*, Berlin, n° 2, fév. 1901).

Roudié. — Le cancer du pharynx et les pharyngectomies larges (Étude clinique et statistique) (Thèse de Lyon, 1900).

Rousseau-Saint-Philippe. — De l'angine pultacée comme signe précoce avertisseur de la rougeole (*Journ. de méd. de Bordeaux*, n° 14, 7 avril 1901).

Schurig. — Sur les rapports de l'amygdalite et du rhumatisme articulaire aigu (*Deuts. Militararztliche Zeits.*, mars 1901, anal. *in Presse méd. de Paris* et *Presse méd. belge*, n° 20, 1901).

Sota y Lastra (Ramon de la). — Épithélioma des lèvres (*Bolet. de laringol.*, Madrid, n° 2, mars et avril 1901).

Stanley (Douglas). — Un cas de paralysie labio-glosso-pharyngée (Birmingham and Middland Counties Branch of the British med. Assoc., séance du 22 févr. 1901, *in British med. Journ.*, 30 mars 1901, p. 775).

Steinhause. — Un cas de blessure par arme à feu de la cavité buccale (*Dietskaja med.*, Moscou' n° 2, 1901).

Stelwagon (Henri). — Exfoliation persistante de la lèvre (*Journ. of cutaneous and genito-urinary diseases*, juin 1900).

Strazza. — Des abcès rétro-pharyngés chez les enfants (*Archiv. ital. di otol.*, vol. XI, fasc. 2, Turin, mars 1901).

Thöle. — Kyste mucoïde dans la fosse canine du maxillaire supérieur (*Deuts Zeits. f. Chir.*, Band LVIII, Hefte 1 et 2, 1901).

Tourreil. — Du rôle phagocytaire des amygdales et de l'ablation systématique des amygdales palatines (*Archiv. de stomatol.*, n° 3, mars 1901).

Updegrove (J. D.). — Sténose pharyngée (*Lehigh Valleh med. Magazine*, mai 1900).

Wyatt Wyngrave. — Excroissance polypoïde de l'amygdale (*British med. Journ.*, London, 27 avril 1901).

Yonge. — Un cas de tumeur polypoïde de l'amygdale (*British med. Journ.*, 13 avril 1901).

Zavadzki (H.). — Du gargarisme du pharynx (*Gaz. Lekarska*, n° 42, 1900).

Zikor. — Contribution à l'étude de l'ablation de la langue (*Chirourguia*, t. IX, n° 52, Moscou, avril 1901).

Nez, Pharynx nasal et Cavités accessoires.

Barett (Melbourne-Victoria). — Fibrome du naso-pharynx. Ablation à l'anse (*Internat. med. Journ.*, 20 février 1900).

Beauman (Douglas). — Emphysème de l'orbite d'origine nasale (*New-York med. Journ.*, 23 mars 1901).

Béliard. — Essai critique sur le traitement des sinusites maxillaires (Thèse de Paris, 1901).

Blum. — Les affections de la muqueuse du nez comme maladie acquise des menuisiers (*Wiener klin. Rundschau*, 24 février et 3 mars 1901; *Wiener klin. Wochens.*, 6 janv. 1901; anal. *Deuts. med. Zeit.*, n° 22, 18 mars 1901).

Booth (Burton). — Opération combinée extra et intra-nasale pour la correction des difformités congénitales concaves, verticales et latérales du nez, avec relation d'un cas (*New-York med. Journ.*, 27 avril 1901).

Botey (Ricardo). — Fibro-myxome du cavum émergeant dans le pharynx buccal et occupant toute la fosse nasale droite (*Bolet. de laringol.*, n° 2, Madrid, mars-avril 1901).

Broekaert. — Opacité du corps vitré et décollement rétinien à la suite de sinusite ethmoïdo-frontale (*Allgem. Wiener med. Zeit.*, 14 mai 1901).

Brügelmann. — De l'asthme et de son traitement (*Deuts. med. Zeit.*, Berlin, n° 39, 16 mai 1901).

Cagnola. — L'ammoniaque et ses composés dans l'haleine des ozéneux (*Ann. di laringol.*, Gênes, n° 1, janv. 1901).

Casselberry. — Les affections du nez et de la gorge dans leurs rapports avec la longévité (*New-York News*, 21 avril 1900).

Champeaux. — Du facies adénoïdien. Le facies adénoïdien n'est pas un signe certain d'adénoïdes (*Archiv. internat. de laryngol.*, n° 2, Paris, mai-juin 1901).

Chausserie-Laprée. — La rhinite purulente dans la scarlatine (Thèse de Paris, 1900).

Chauveau. — Des formes malignes de rhinite pseudo-membraneuse (*Journ. de méd. interne*, n° 5, mars 1901).

Clark (Ch.). — Extraction de corps étrangers du nez et de l'oreille (*Kansas City med. Record*, mai 1900).

Cobb (Boston). — Du traitement de la rhinite atrophique par l'électrolyse (*The Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 16 mars 1901).

Collier (Maxo) (Londres). — L'obstruction nasale, ses rapports avec les affections de la gorge, de l'oreille, du nez et des cavités accessoires (*La Voix parlée et chantée*, Paris, mai 1901).

Compaired (Madrid). — De la sinusite frontale chronique et de l'opération d'Ogston-Luc (*El Siglo med.*, Madrid, 10, 17, 24 et 31 mars 1901).

Conkey. — L'Usage et l'abus du galvanocautère dans la chirurgie nasale (*The med. Age*, n° 5, 10 mars 1901).

Dabney. — Quelques notes sur les affections communes du naso-pharynx chez l'adulte (*The Amer.. Pract. and News*, Louisville, 15 fév. 1901).

Depierris. — La notion de l'isotonie dans ses rapports avec certains faits de thérapeutique journalière, notamment en rhinologie (*Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 12, 23 mars 1901).

Duvernoy. — La rhinoplastie partielle (Thèse de Paris, 1901).

Ellett (E. C.). — Tumeur fibreuse du naso-pharynx (*The Memphis Lancet*, fév. 1900).

Evans (Thomas). — Du traitement des déviations de la cloison cartilagineuse du nez (*The Amer. Pract. and News*, Louisville, 1er mars 1901).

Freudenthal (New-York). — Écoulement spontané de liquide céphalo-rachidien par le nez (*Archiv f. Pathol., Anat. und Phys.*, CLXI, 2, anal. in *Semaine méd.*, n° 14, 1901).

Freudenthal (New-York). — Chancre primitif de la cloison du nez (*The New-York med. Journ.*, 11 mai 1901).

Fränkel. — De l'hyperesthésie de la muqueuse nasale (Soc. de laryngol. de Berlin, séance du 20 fév. 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 19, Bordeaux, 11 mai 1901).

Furet (Paris). — La sinusite sphénoïdale chronique (*Rev. hebdom. de laryngol.*, Bordeaux, 11 mai 1901).

Gallaudet. — Carcinome du maxillaire supérieur (*The Amer. Journ. of the med. sciences*, Philadelphia, n° 5, mai 1901).

Gamble et **Tiffany.** — Corps étranger logé dans le naso-pharynx et la paroi postérieure du pharynx (*Philadelphia med. Journ.*, 6 janv. 1900).

Gerber. — Atlas des maladies du nez et de ses cavités accessoires (*Atlas der Krankheiten der Nase, ihrer Nebenhöhlen und des Nasenrachenraumes*) (fasc. I et II, Berlin, S. Karger, 1901).

Gutzmann. — Des différentes formes de nasonnement (*Sammlung Zwangloser Abhandlungen*, Band V, n°s 3, 4 et 5, 15 mars, 15 avril et 15 mai 1901).

Hagedorn. — Hémorragie grave à la suite d'une adénotomie (*Sammlung Zwangloser Abhandlungen*, von Bresgen (Wiesbaden), n° 4, 15 avril 1901).

Hajek. — Recherches sur le canal naso-frontal (Soc. de laryngol. de Vienne, séance du 6 déc. 1900, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 19, Bordeaux, 11 mai 1901).

Halstead. — Extraction d'un volumineux corps étranger de la tête (*Philadelphia med. Journ.*, 6 janvier 1900).

Hamon du Fougeray. — De l'emploi de l'acide chromique en solution au demi dans le traitement des tumeurs malignes des muqueuses du nez, du pharynx et du larynx (*Ann. des mal. de l'oreille*, n° 1, janv. 1901).

Haton. — L'obstruction nasale (*Archiv. méd. belges*, oct. 1900).

Heath (Albert). — Les opinions actuelles sur la physiologie et l'étiologie des troubles réflexes du nez et du naso-pharynx (*Northwestern Lancet*, 15 avril 1900).

Heermann. — Un cas où le sinus maxillaire a servi de voie respiratoire (*Archiv f. Laryngol.*, Band XI, Heft 3).

Heymann. — Ostéome du nez (*Berlin., med. Gesellsch.*, 16, I, 1901).

Hiers (Lawton). — L'obstruction nasale et son influence (*Georgia Journ. of med. and surg.*, fév. 1900).

Hollopeter (W. C.). — La fièvre de foin et son traitement préventif (*Internat. med. Magaz.*, juin 1900).

Hoople (Heber). — Dent implantée dans la narine droite (*Brooklyn med. Journ.*, mai 1900).

Huber (Francis). — Diagnostic et traitement des végétations adénoïdes par des médecins généraux (*Archiv. of pediatries*, mars 1900; anal. *in The Journ. of laryngol.*, mai 1901).

Ingals (Fletcher). — Les relations des affections de la gorge et du nez avec la longévité (*Philudelphia med. Journ.*, 12 mai 1900).

Jacques (Nancy). — Du développement des sinus frontaux dans ses relations avec les caractères extérieurs du visage (Congrès des Soc. savantes, Nancy, avril 1901, *in Bull. méd.*, n° 29, 1901).

Jepson. — Extraction d'un volumineux corps étranger de la tête (*Philadelphia med. Journ.*, 17 fév. 1900).

Joal (Le Mont-Dore). — Vertiges et odeurs (*Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 18, Bordeaux, 4 mai 1901).

Jousset. — Étude sur quelques opérations nouvelles appliquées aux sinus de la face (*Nord méd.*, n° 157, Lille, 15 avril 1901).

Körner (Rostock). — Le climat des hautes altitudes et l'hyperplasie de l'amygdale pharyngée (*Zeits. f. Ohrenheilk.*, Band XXXVIII, Heft 4).

Krieg (Robert). — Atlas des affections du nez (*Atlas der Nasenkrankheiten*), 356 fig. et 38 pl., 3 et 4 fasc., Stuttgard, F. Enke, 1900).

Kronenberg. — De quelques manifestations du côté des voies respiratoires supérieures au cours des formes graves de scarlatine (*Wiener klin. Rundschau*, nos 24 et 26, 1900).

Lack (Lambert) et **Baber (Cresswell), Spencer (W. G.), Parker,** etc. — Discussion sur le traitement des polypes du nez (Soc. de laryngol. de Londres, séance du 7 déc. 1900, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, nos 11, 12 et 13, 1901).

Lacoarret. — Abcès chaud de la cloison nasale (*Ann. de la Policlin. de Toulouse*, n° 4, 1901).

Lanphear (Emory). — Ablation du maxillaire supérieur, des cornets, du vomer et de l'os malaire pour ostéo-sarcome. Huit ans sans récidive. Difformité remédiée par un obturateur (*Amer. Journ. of sury. and gynecol.*, janv. 1900).

Lautenbach. — La méthode la plus facile, la plus sûre et la plus radicale de pratiquer l'ablation de la troisième amygdale (*Pensylvania med. Journ.*, Pittsburg, avril 1901).

Lewis (Fred.). — Les déformations de la cloison nasale sont-elles moins fréquentes actuellement qu'autrefois? (*Journ. of ophthalmol. and otol.*, vol. XIII, n° 1, New-York, janv. 1901).

Lewy (Berlin). — Sur une lésion singulière constatée sur les nerfs de la muqueuse pituitaire dans les réflexes du nez d'origine nerveuse (*Archiv f. Laryngol.*, Band XII, Heft 1, Berlin 1901).

Lexer (E.). — Fissure médiane congénitale du nez (*Archiv f. klin. Chir.*, LXII, 2).

Lichtwitz. — De quelques affections nasales justiciables du traitement aérothérapique (*Archiv. internat. de laryngol.*, n° 2, Paris, mai-juin 1901; *Ann. des mal. de l'oreille*, n° 4, avril 1901, et *Gaz. hebdom. des sciences méd. de Bordeaux*, n° 16, 1901).

Lognelki. — Un cas de fibrome naso-pharyngien (*Pamietnik T. L. W. Posttenic*, 2 dnia, 3 kwietna 1900).

Lublinski. — La douche nasale (*Bull. med. de Québec*, avril 1900).

Mackenzie (Dan.). — De l'extrait de capsule surrénale dans le traitement des épistaxis des hémophiliques (*British med. Journ.*, Londres, 27 avril 1901).

Mahu. — Un procédé simple de redressement des cloisons nasales déviées (*Arch. internat. de laryngol.*, n° 2, Paris, mai-juin 1901).

Miller (Lewis). — Des rhinolithes (*Brooklyn med. Journ.*, mai 1900).

Moure. — Les végétations adénoïdes. Revue générale sur les désordres qu'elles entraînent. Toucher digital et adénotomie (*Journ. de méd. de Bordeaux*, n° 8, 24 fév. 1901).

Moure. — Nouveau traitement des déviations de la cloison du nez (*Rev. hebd. de laryngol*, n° 13, 1901, et *Journ. of laryngol.*, Londres, avril 1901).

Molinié (Marseille). — De l'hydrorrhée nasale (*Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 20, Bordeaux, 18 mai 1901).

Muck (Rostock). — Nouvelles études sur la présence de Rhodan dans les sécrétions nasales et son absence dans l'ozène (*Zeits. f. Ohrenheilk.*, Band XXXVIII, Heft 4).

Natier. — La rhinorrhée exclusivement symptomatique de la neurasthénie et son traitement (*La Parole*, nos 6, 7, 8, 9, 11 et 12, 1900, et nos 1 et 3, 1901).

Nauvelaerts. — La suprarenidine dans la fièvre de foin (*La Clinique*, n° 28, 1900).

Neumann. — La douche nasale et ses indications (*Saint-Petersburg. med. Wochens.*, n° 14, 1900; *Gaz. Botk.*, n° 12, 1900).

Offenberg. — Sur un cas insolite de carcinome des fosses nasales (*Ueber einen seltenen Fall von Carcinom der Nasenhöhle*) (Dissert. de Würzbourg, 1900).

Ostmann (Marbourg). — De la constriction galvanocaustique des vaisseaux comme procédé facilitant les interventions intra-nasales (*Deuts. med. Wochens.*, n° 14, Berlin, 4 avril 1901).

Pelteshon. — Du traitement de la rhinite fibrineuse (*Therapeut. Monats.*, sept. 1900).

Pasmanik (Genève). — Contribution à l'étude de la pathogénie de l'ozène (*Rev. méd. de la Suisse romande,* n° 4, Genève, avril 1901).

Prota. — Deux cas de carcinome des cellules cthmoïdales (*Archiv ital. di laringol.*, fasc. 2, Naples, avril 1901).

Raoult et **Thiry**. — Un cas de fracture comminutive du maxillaire supérieur avec sinusite consécutive (Soc. méd. de Nancy, séance du 23 janv. 1901, anal. *in Rev. méd. de l'Est*, n° 9, Nancy, 1er mai 1901).

Recantesi (Alfredo). — Volumineux fibrome naso-pharyngien extirpé par la voie buccale (*Bollet. delle mal. dell' orecchio,* n° 5, Florence, mai 1901).

Renshaw (Knowles). — Tuberculose nasale (*Journ. of pathol. and bacteriol.*, fév. 1901 ; anal. *in the Journ. of laryngol.*, mai 1901).

Richter (Planen in W.). — Sur deux cas rares de corps étrangers anciennement fixés dans le nez et l'oreille et sur un cas de déplacement particulier d'un corps étranger (*Monats. f. Ohrenheilk.*, n° 3, Berlin, mars 1901).

Rollet. — De l'hyperostose naso-orbitaire, signe de la distension du sinus frontal (*Lyon méd.*, n° 13, 31 mars 1901).

Sargnon. — Sinusite maxillaire droite d'origine dentaire, avec issue d'une racine dentaire par les voies naturelles au cours d'un lavage. Insuccès des lavages. Cure radicale par la méthode de Luc (*Lyon méd.*, n° 17, 1901, p. 628).

Schäfer. — Sur un cas de rhinolithe (*Corresp. Blatter d. Allgem. Aerztl. Ver. v. Thuringen*, 7, 1900).

Schmidt. — Le traitement des abcès rétro-pharyngiens (*Deuts. Zeits. f. Chirurgie,* Band LV, 1900).

Schrenn. — Contribution à l'étude des tumeurs malignes des cavités accessoires du nez *(Ein Beitrag zur Lehre von den bosartigen Geschwülsten der Nebenhöhlen der Nase)* (Dissert. de Breslau, 1901).

Seidlitz. — La rhinite atrophique (*The Journ. of ophthalmol. and otol* . vol. XIII, n° 1, New-York, janv. 1901).

Seitz. — Adrenaline dans les opérations nasales (*The Journ. of ophthalmol. and otol.*, vol. XIII, n° 2, New-York, 1901).

Spiess (Francfurt-/M.). — Le traitement du coryza aigu envisagé à un point de vue nouveau (*Archiv f. Laryngol.*, Band XII, Heft 1, Berlin, 1901).

Stern. — De la bactériologie de l'ozène (*Centralbl. f. Bacteriol.*, Band VIII, Hefte 21 et 22).

Sternberg. — Rhinophyma guéri par opération (*Wiener Klin. Rundschau,* n° 9, 1901).

Stillman (Columbus). — La résistance générale du corps comme facteur des maladies du nez et de la gorge (*Journ. of the Amer. med. Assoc.*, Chicago, 23 mars 1901).

Suarez de Mendoza. — Sur l'emploi de la sinuscopie vraie pour préciser les indications opératoires dans les affections des sinus de la face (*Archiv. de méd. et de chir. spéciales*, Paris, n° 4, avril 1901).

Treitel (Berlin). — De l'hypertrophie des os du nez consécutive à des polypes bénins du nez (*Archiv. of laryngol.*, Band XII, Heft 1, Berlin, 1901).

Trofimar. — Des végétations adénoïdes du naso-pharynx chez les enfants et de leur traitement (Soc. des médecins de Kiew, séance du 18 déc. 1900, *in Vratch,* n° 10, 1901).

Varchide. — De l'olfactométrie (*Bull. de laryngol.*, Paris, t. IV, 1er trimestre, 30 avril 1901).

Verdalle. — Note sur l'épistaxis impaludique et son traitement par le sulfate de quinine (*Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris,* séance du 26 avril 1901).

Viollet (Paris). — Traitement de la rhinite chronique hypertrophique diffuse par les injections sous-muqueuses de chlorure de zinc (*Archiv. internat. de laryngol*, Paris, n° 2, mai-juin 1901, et *Gaz. des hôpit.*, n° 51, Paris, 2 mai 1901).

White (Richmond). — Quelques cas de céphalée consécutive à des troubles du nez (*Virginia med. Semi-Monthly,* Richmond, 15 avril 1901).

Witzheller. — Sur un cas d'ostéome spongiforme du sinus frontal *(Ueber einen Fall von spongiösen Osteom der Stirnhöhle)* (Thèse de Greisswald, 1900).

Larynx et Trachée.

Aikin (Londres). — Le résonateur vocal (*La Voix parlée et chantée*, avril 1901).

Alapy. — Rétrécissement grave du larynx guéri par les greffes de Thiersch (*Centralbl. f. Chir.*, 29 déc. 1900).

Baldwin (Judge). — Un cas de corps étranger des bronches. Trachéotomie. Guérison (*British med. Journ.*, 13 avril 1901).

Bardes. — L'alimentation par la voie rectale dans les maladies de la gorge (*The New-York med. Journ.*, 6 avril 1901).

Baumgarten. — Un cas de lupus du larynx (*Wiener med. Wochens.*, n° 51, 1900).

Baumgarten. — Un cas de sténose laryngée chronique d'origine traumatique, guérie par laryngo-fissure et intubation (*Wiener med. Wochens.*, n° 51, 1900).

Biondo. — Laryngectomie totale pour carcinome (*Gaz. degli ospedali,* n° 60, Milan, 19 mai 1901, p. 635).

Braun. — Extirpation totale du larynx. Articulation de la parole avec ou sans larynx artificiel (Freie Vereinigung d. Chirurger, Berlin, séance du 14 janv. 1901, *in Deuts. med. Wochens.*, n° 15, 1901).

Bruder. — Contribution à l'étude du stridor laryngé congénital des nourrisson (Thèse de Paris 1901).

Bruggisser (Wohlen). — Paralysie du crico-thyroïdien postérieur à la suite d'un corps étranger du larynx (*Corresp. Blatt. f. Schweizer Aerzte,* H. 15, 1900).

Botey (Ricardo). — Canule à trachéotomie (*Ann. des mal. de l'oreille,* n° 1, Paris, janv. 1901, et *Archiv. lat. de rinol.*, Barcelone, mai-juin 1901).

Carruthers. — Contribution au mécanisme de la parole articulée (*Edimb. med. Journ.*, sept.-oct. et nov. 1900, anal. *in The Journ. of laryngol.*, mai 1901).

Charles. — Corps étranger du larynx; sa localisation dans le sinus de Morgagni; extraction par les voies naturelles (*Dauphiné med.*, déc. 1900).

Chavannaz et **Guyot.** — Corps étranger de la trachée (Soc. de gynécol. de Bordeaux, séance du 14 mai 1901, *in Gaz. hebdom. des sciences méd. de Bordeaux*, n° 20, 19 mai 1901).

Compte rendu de la Société de laryngologie de Londres, séance du 7 déc. 1900, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n°s 11, 12 et 13, 1901).

Crespin. — Aphonie hystérique, guérison par suggestion (*Echo méd. du Nord,* n° 18, Lille, 5 mai 1901, et *Bull. de la Soc. centrale de méd. du départ. du Nord*, n° 4, Lille, 26 avril 1901).

Della Vedova et **Cagnola.** — Laryngite chronique hypertrophique chez les enfants (*Ann. di otol.*, Gênes, n° 1, janvier 1901).

Diehl (Neustadt). — Sur un cas rare de corps étranger de la trachée (*Münch. med. Wochens.*, n° 13, 26 mars 1901).

Dorendorf (Berlin). — De la paralysie du laryngé supérieur (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 11, 1901).

Ferreri. — Sur les troubles nerveux du larynx d'origine traumatique (*Archiv. ital. di otol.*, Turin, vol. XI, fasc. 2, mars 1901).

Frankenberger (Prague). — De la résection de la trachée (*Ann. des mal. de l'oreille*, n° 5, mai 1901).

Freer (Otto). — Du tissu thyroïdien dans le larynx et la trachée (*The Journ. of the Amer. med. Assoc.*, Chicago, 30 mars 1901).

Freudenthal. — Du traitement de la tuberculose laryngée à l'hospice de Montefiore (*The Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 16 mars 1901).

Gehuchten (van) et **Bochenek.** — Le nerf accessoire de Willis dans ses connexions avec le nerf pneumogastrique (Acad. de méd. de Belgique, séance du 23 févr. 1901, *in Presse méd. belge*, n° 13, 1901, p. 197).

Genta. — Sur la mono-aryténoïdite tuberculeuse (*Ann. di otol.*, Gênes, n° 1, janv. 1901).

Gerber (Kœnigsberg). — Contribution à l'étude de la lèpre des voies respiratoires supérieures et à la propagation du bacille lépreux (*Archiv. f. Laryngol.*, Band XII, Heft 1, Berlin, 1901).

Glatzel (Berlin). — Un cas insolite de laryngite grippale (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 11, 1901).

Gouguenheim et **Lombard.** — Indications opératoires dans le cancer du laryux (*Ann. des mal. de l'oreille*, n° 1, Paris, janv. 1901).

Harmer. — Relation d'un cas de croup primitif du larynx et de la trachée (Soc. de laryngol. de Vienne, séance du 6 décembre 1900, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 19, Bordeaux, 11 mai 1901).

Havilland Hall (de). — Trachéotomie pour anévrysme de l'aorte thoracique (*British med. Journ.*, 6 avril 1901).

Head (Q. P.). — Paralysie récurrentielle (*Philadelphia med. Journ.*, 13 juin 1900).

Hellat. — Papillomes du larynx enlevés par la laryngectomie (Soc. des méd. de Saint-Pétersbourg, *in Saint-Petersb. med. Wochens.*, n° 42, 1900).

Hippel (Dresde). — Un cas de laryngectomie complète pour tumeur du larynx (*Archiv. f. klin. Chir.*, Band LXIII, anat. *in Vratch*, n° 10, 1901).

Hugot. — Contribution à l'étude de la tuberculose miliaire aiguë pharyngo-laryngée (maladie d'Isambert) (Thèse de Lyon, 1900).

Imhofer. — Pathologie et thérapeutique de la voix chantée (*Prager med. Wochens.*, n°s 14 et 15, 1901).

Jacques (P.) et **Michel (G.).** — De la thyrotomie pour tumeurs bénignes chez les enfants (*Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 17, 27 avril 1901).

Joncheray (Angers). — Syphilis du larynx. Paralysie récurrentielle bilatérale. Tabes syphilitique (*Archiv. internat. de laryngol.*, n° 2, Paris, mai-juin 1901).

Jurasz. — De l'action de la membrane thyro-cricoïdienne (*Archiv. f. Laryngol.*, Band XII, Heft 1, Berlin, 1901).

Kraus (Graz). — Paralysie récurrentielle au cours d'une sténose mitrale (XIX° Congrès allemand de méd. interne, *in Münch med. Wochens.*, n° 20, 1901, p. 815).

Krause. — Du muscle crico-thyroïdien (*Monats. f. Ohrenheilk.*, Berlin, n° 2, fév. 1901).

Lardennois. — Quelques observations sur le traitement des corps étrangers de l'œsophage et des voies aériennes (*Union méd. du Nord-Est*, Reims, n° 7, 15 avril 1901).

Mc Bride. — Manuel des maladies de la gorge, du nez et de l'oreille (*Diseases of throat, nose and ear*) (3e édit., in-8°, 760 p., avec fig., Edimbourg, 1900).

Makuen, Hudson (Philadelphie). — Note sur deux cas de sifflement laryngé volontaire (*Journ. of the Amer. med. Assoc.*, Chicago, 20 avril 1901).

Malioutine. — Structure anormale du palais dur comme cause d'insuffisance fonctionnelle des cordes vocales (*Archiv f. Laryngol.*, Band XI, Heft 3, p. 474).

Maréchal. — Un cas d'aphasie (*La Clinique*, nº 18, 1900).

Meyer (Berlin). — Des sacs respiratoires du singe et du diverticule laryngé chez l'homme. Étude d'anatomie comparée du larynx (*Archiv f. Laryngol.*, Band XII, Heft 1, Berlin 1901).

Modigliano. — Un cas de laryngite diphtérique primitive avec diffusion aux bronches (*Pediatria*, oct. 1900).

Morgan (Francis). — Paralysie glosso-labio-laryngée avec relation d'un cas (*Philadelphia med. Journ.*, 17 mars 1900, et *National med. Rev.*, mars 1900).

Moure. — Corps étranger du larynx (Soc. de chir., séance du 23 avril 1901, *in Bull. méd.*, nº 33, Paris, 15 avril 1901).

Newman, Henry Parker (Chicago). — Trachéoplastie (*Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 20 avril 1901).

Onodi (Budapest). — Le nerf accessoire et l'innervation du larynx (*Archiv f. Laryngol.*, Band XII, Heft I, Berlin, 1901).

Pélon. — Le humage sulfureux dans le traitement thermal des maladies chroniques des voies respiratoires (*Touraine méd.*, nº 5, 15 mai 1901).

Pétersen. — De la laryngite chronique sous-muqueuse *(Ueber chronisch submucöse Laryngitis)* (Dissert. Greisswald, 1900).

Piéchaud. — Corps étranger métallique dans la bronche gauche; extraction par l'électro-aimant (Acad. de méd., séance du 2 avril 1901, *in Bull. méd.*, Paris, nº 26, 3 avril 1901).

Pieniazek. — Des sténoses des voies respiratoires *(Die Verengungen der Luftwege)* (1 vol. in-16, 505 p., Leipzig et Vienne, F. Deuticke, 1901).

Quénu. — De l'accès de la trachée et des bronches dans le médiastin (Soc. de chir., séance du 27 mars 1901, *in Bull. méd.*, nº 25, 1901).

Rabaud. — Anatomie élémentaire du pharynx, du larynx, de l'oreille et du nez (une planche coloriée, à feuillets découpés et superposés, Paris, Schleicher frères, 1901).

Raoux. — Contribution à l'étude de la thyrotomie (Thèse de Lyon, 1900).

Ricci. — Sur un cas de sclérome du larynx (*Archiv. ital. di otol.*, Turin, vol. XI, fasc. 2, mars 1901).

Rogers (New-York). — Expériences sur la trachéotomie (*Med. Record*, New-York, 27 avril 1901).

Rosciano. — Contribution à l'extirpation totale du larynx (*Ann. di laringol.*, Gênes, nº 1, janv. 1901).

Scheier Max (Berlin). — Contribution à l'étude du traitement endolaryngé du cancer du larynx (*Archiv. internat. de laryngol.*, nº 2, Paris, mai-juin 1901).

Schleichtendahl. — Moyen de prévenir l'auto-extubation (*Münch. med. Wochens.*, 30 avril 1901).

Secundo Congreso español de oto-rino-laringologia, Barcelona, del 19 al 22 de septiembre de 1899 (Barcelona, 1899).

Sendziak. — Le traitement de la tuberculose du larynx (*Journ. of laryngol.*, Londres, mai 1901).

Spiess (Frankfurt/M.). — Corps étranger du poumon et sa démonstration à l'aide des rayons de Röntgen (*Fortschritte auf dem Gebiete der Rontgenstrahlen*, Band IV, 1901).

Spiess (Frankfurt/M.). — Corps étranger du poumon (*Münch. med. Wochens.*, nº 13, 1901).

Taptas (Constantinople). — Du traitement chirurgical de la tuberculose du larynx; laryngotomie partielle; trachéotomie (*Méd. orientale*, nº 6, 1901, et *Ann. des mal. de l'oreille*, nº 5, Paris, mai 1901).

Thaussig. — Singulière tumeur pédiculée de l'épiglotte (*Monats. f. Ohrenheilk.*, n° 3, Berlin, mars 1901).

Thomassen (Utrecht). — Hémiplégie laryngée chez le cheval (*Tijdschrift voor Veeartsenykunde en Neeteelt*, 1900).

Trautmann (München). — Tumeurs tuberculeuses du larynx (*Archiv f. Laryngol.*, Band XII, Heft 1, Berlin, 1901).

Wachenheim (New-York). — Un cas de sténose mortelle du larynx consécutive à l'intubation pour papillome (*Med. Record*, 23 mars 1901).

Waxham (Denver). — De l'intubation du larynx (*Journ. of the Amer. med. Assoc.*, Chicago, 20 avril 1901).

Wood (George). — Hémorragie laryngée d'un larynx apparemment normal (*Amer. Journ. of the med. sciences Philadelphia*, n° 5, mai 1901).

Zwillinger. — Les troubles de la parole chantée (*La Voix parlée et chantée*, Paris, juin 1901).

Oreilles.

Alexander (Strasbourg). — Recherches anatomiques sur les tumeurs de l'oreille externe (*Zeits. f. Ohrenheilk.*, Band XXXVIII, Heft 4, 1901).

Alt (Vienne). — De la ligature de la jugulaire dans la thrombose sinusienne d'origine otitique (*Wiener klin. Wochens.*, n° 11, 1901).

Alt. — Un cas de sclérose typique de l'oreille améliorée par une otite moyenne suppurée grave bilatérale (*Monats. f. Ohrenheilk.*, Berlin, n° 2, fév. 1901, p. 60).

Alt. — Un cas de diplacousie (*Monats. f. Ohrenheilk.*, Berlin, n° 2, fév. 1901).

Alt. — Un cas d'abcès cérébelleux d'origine otitique (*Monats. f. Ohrenheilk.*, Berlin, n° 2, fév. 1901, p. 59).

Alt. — Un cas de trouble de l'ouïe musicale (*Monats. f. Ohrenheilk.*, Berlin, n° 2. fév. 1901, p. 58).

Babinski. — De l'influence des lésions de l'appareil auditif sur le vertige voltaïque (*Bull. de laryngol.*, Paris, t. IV, 1er trimestre, 30 mars 1901).

Bacon, Gorham (New-York). — Des cas non opérables d'inflammation aiguë des cellules mastoïdiennes (*Archiv of otol.*, vol. XXX, n° 1, New-York, fév. 1901).

Bar (Nice). — La trichophytie du conduit auditif (*Ann. des mal. de l'oreille*, n° 51, mai 1901).

Barrago-Ciarella. — Un cas d'otite aiguë par b'astomycètes (*Ann. di otol.*, Gènes, n° 1, janv. 1901).

Barth (Brieg). — Des opérations mastoïdiennes dans des maladies constitutionnelles (*Zeits. f. Ohrenheilk.*, Band XXXVIII, Heft 4, 1901).

Berini. — Otite moyenne purulente chronique double, avec fongosités dans la caisse et les osselets. Curettage. Extraction (*Rev. de med. y cir.*, n° 4, Barcelone, 15 avril 1901).

Bertelsmann (Hambourg). — Un cas de méningite otogène suivie de guérison (*Deuts. med. Wochens.*, n° 18, Berlin, 2 mai 1901).

Bezold. — Weitere Bemerkungen uber die bei den acuten eitrigen Mittelohrentzündungen vorkommenden Trommelfellzapfen, deren Therapie und histologische Structur (*Archiv f. Ohrenheilk.*, Leipzig, Band LI, Heft 4).

Brieger. — Stereoscopischer Medicinischer Atlas-Otologie (Leipzig, Ambrosius Barth, 1901).

Broca. — Anatomie chirurgicale et médecine opératoire de l'oreille moyenne (Édit. des *Monographies cliniques*, Paris, Masson, 1901).

Brühl (Berlin). — Atlas des maladies de l'oreille *(Atlas und Grundriss der Ohrenheilkunde)* (1 vol. in-16, 264 p., avec 244 planches coloriées, Munich, Lehmann, 1901).

Bulletins et Mémoires de la Société française d'otologie, mai 1901 (T. XVII, 1re partie, Maloine, Paris, 1901).

Cheatle (A. H.). — Un cas de surdité accompagnée de perversion du goût et de paralysie faciale associées à l'herpès (Soc. d'otol. du Royaume-Uni, séance du 3 déc. 1900, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 14, Bordeaux, 6 avril 1901).

Cheatle (George). — Nouvelle opération plastique pour hypertrophie du pavillon (*Med. Press*, 13 fév., 1901 ; anal. *in The Journ. of laryngol.*, mai 1901).

Compte rendu de la Société otologique du Royaume-Uni, séance du 3 déc. 1900 (*in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 14, Bordeaux, 6 avril 1901).

Cornet. — De la thrombo-phlébite du sinus latéral, consécutive à l'otite moyenne suppurée. Étude clinique et traitement (Thèse de Lyon, 1900).

Courtade (Paris). — Du traitement de l'otite moyenne aiguë par les insufflations d'air (*Ann. des mal. de l'oreille*, n° 5, Paris, mai 1901).

Deady. — L'importance d'un traitement précoce et rationnel dans les suppurations de l'oreille moyenne (*The Journ. of ophtalmol. and otol.*, vol. XIII, n° 1, New-York, janv. 1901).

Demeurisse. — Contagion des otites moyennes aiguës (Thèse de Paris, 1901).

Donalies. — Du traitement des affections chroniques du temporal (Soc. méd. de Leipzig, séance du 12 fév. 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 16, Bordeaux, 20 avril 1901).

Dufour (Clarence) (Washington). — Thrombose infectieuse du sinus sigmoïde (*The New-York med. Journ.*, 23 mars 1901).

Egger. — Un cas d'angiome du conduit auditif externe (*Ann. des mal. de l'oreille*, Paris, n° 4, avril 1901).

Eschweiler. — Diagnostic des affections de l'oreille et du nez (*Ohrenärztliche Diagnostic, mit therapeutischen Anmerkungen und Anhang : Rhinologische Diagnostik*) (in-8°, 102 p., avec fig., Vienne, 1900).

Fagge (G. H.). — Paralysie bilatérale du nerf auditif dans un cas de tumeur intra-cranienne (Soc. d'otol. du Royaume-Uni, séance du 3 déc. 1900, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 14, Bordeaux, 6 avril 1901).

Falbo. — De l'otite moyenne aiguë consécutive à l'influenza (*Archiv. ital. di otol.*, n°s 1 et 2, Turin, janv. et mars 1901).

Firth (Lacy). — De l'opportunité de la ligature de la jugulaire dans le traitement de la thrombose du sinus sigmoïde (*Bristol med. Chir. Journ.*, mars 1901).

Gellé. — Le signe de Babinsky et le diagnostic des états labyrinthiques (*La Tribune méd.*, Paris, n° 13, 27 mars 1901).

Gilles de la Tourette. — L'application de la méthode de la dose suffisante au traitement de quelques maladies du système nerveux : formes graves et associées de la migraine, vertige de Ménière, tic douloureux de la face (*La Semaine méd.*, n° 5, 30 janv. 1901).

Gradenigo. — Modèle d'acoumètre téléphonique mis en action par un courant électrique (*Archiv. ital. di otol.*, Turin, vol. XI, fasc. 2, mars 1901).

Gradle. — Les otites suppurées ; leur traitement et prévention, par les médecins de famille (*The Journ. of the Amer. med. Assoc.*, Chicago, 30 mars 1901).

Haug et **Laubinger.** — Zur Behandlung der gelangten Ohrenkrankheiten (*Archiv f. Ohrenheilk.*, Band L, Hefte 3 et 4).

Heermann. — Appel en faveur des recherches collectives sur le syndrome de Ménière (*Sammlung Zwangloser Abhandlungen*, Band V, n° 3, 15 mars 1901).

Helman (Varsovie). — De l'importance du bacille pyocyanique dans la production « de l'inflammation croupeuse primitive » du conduit auditif externe, ainsi que de l'action pathogénique de ce microorganisme (*Monats. f. Ohrenheilk.*, n° 3, Berlin, mars 1901).

Hinsberg (Breslau). — Diagnostic et traitement des méningites otiques (*Archiv. of otol.*, vol. XXX, nº 2, New-York, avril 1901).

Hovell (Mark). — Manuel des maladies de l'oreille et du naso-pharynx *(Diseases of the ear and naso-pharynx)* (2e édit., London, J. et A. Churchil, 1901).

Katz. — Zur Frage der bei der acuten eitrigen Mittelohrentzündungen vorkommenden Trommelfellzapfen, deren Therapie und histo-pathologische Structur (*Archiv f. Ohrenheilk.*, Band L, Hefte 3 et 4).

Keeler. — Le danger de l'emploi de l'eau chaude dans le traitement de l'otite moyenne (*The Journ. of ophthalmol. and otol.*, vol. XIII, nº 1, New-York, janv. 1901).

Kehr. — Goutte et rhumatisme de l'oreille (*The Journ. of ophthalmol. and otol.*, vol. XIII, nº 1, New-York, janv. 1901).

Kenefick (New-York). — L'électrolyse dans la destruction de tissus organisés de la trompe d'Eustache (*Archiv. of otol.*, vol. XXX, nº 2, New-York, avril 1901).

Kien. — Abcès rétro-pharyngien consécutif à une otite moyenne aiguë (*Zeits. f. Ohrenheilk.*, Band XXXIX, Heft 1, 1901).

Laborde (Paris). — De l'intervention et de l'influence des sensations auditives, en particulier des sensations musicales dans l'anesthésie opératoire (*Tribune méd.*, Paris, 15 mars 1901).

Lake (R.). — Un cas d'ossiculectomie double pour otite moyenne suppurée chronique (Soc. d'otol. du Royaume-Uni, séance du 3 déc. 1900, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, nº 4, Bordeaux, 6 avril 1901).

Lapersonne (de). — Paralysies oculaires et otites (Congrès d'ophtalmol., mai 1901, *in Bull. méd.*, Paris, nº 38, 15 mai 1901).

Laurens. — La chirurgie de la surdité. Le procès du traitement chirurgical de l'otite scléreuse devant le Congrès d'otologie (*Presse méd.*, Paris, nº 32, 20 avril 1901).

Lermoyez. — La surveillance de l'audition (*La Voix parlée et chantée* avril 1901).

Levisohn (Arthur). — Affections de l'organe auditif *(Erkrankungen des Gehororganes)* (Thè de Göttingen, 1900).

Lewis (Park). — Note sur le phosphate de fer dans l'hyperémie auriculaire (*The Journ. of ophthalmol. and otol.*, vol. XIII, nº 1, New-York, janv. 1901).

Liaras (G.) et **Bouyer (A.).** — Des algies hystériques de la mastoïde (pseudo-mastoïdites) (*Rev. hebdom. de laryngol.*, nos 15 et 16, Bordeaux, 13 avril et 20 avril 1901).

Lombard et **Caboche.** — Mastoïdite. Abcès sous-dural. Phlébite suppurée. Guérison (*Ann. des mal. de l'oreille*, Paris, nº 4, avril 1901).

Luc (Paris). — La périostite temporale d'origine auriculaire sans suppuration intra-mastoïdienne (*Presse méd.*, nº 37, Paris, 8 mai 1901).

Mc Caskey. — Un cas d'association de vertige auriculaire et stomacal (*The Journ. of the Amer. med. Assoc.*, Chicago, 23 mars 1901).

Malherbe. — Nature et traitement de la tympanite adhésive précoce (sclérose auriculaire primitive des jeunes) (*Bull. méd.*, nº 17, Paris, mars 1901).

Manasse (Strasbourg). — Contribution à l'étude des abcès du cerveau (*Zeits. f. Ohrenheilk.*, Band XXXVIII, Heft 4, 1901).

Manasse. — Anatomie pathologique de l'oreille interne et du nerf auditif (*Zeits. f. Ohrenheilk.*, Band XXXIX, Heft 1, 1901).

Marage. — Rôle de la chaîne des osselets dans l'audition. Application au traitement de la surdité et des bourdonnements (*Archiv. internat. de laryngol.*, nº 2, Paris, mai-juin 1901).

Masini. — Balle de revolver ayant pénétré entre l'apophyse mastoïde et la jugulaire (*Ann. di otol.*, Gênes. nº 1, janv. 1901).

Monselles. — Un cas de gangrène sèche partielle de la membrane du tympan consécutive à un traumatisme (*Archiv. ital. di otol.*, Turin, vol. XI, fasc. 2, mars 1901).

Moure (E. J.). — A propos de seize cas de mastoïdite de Bezold (*Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 11, 16 mars 1901).

Moure. — Considérations pratiques sur l'otite moyenne suppurée aiguë (*Journ. de méd. de Bordeaux*, n° 20, 19 mars 1901).

Murphy (J. W.). — Mastoïdite aiguë consécutive aux maladies infectieuses (*Columbus med. Journ.*, vol. XXIV, n° 7; anal. *in The Journ. of laryngol.*, mai 1901).

Niemchenkov. — Le traitement des otites moyennes et de leurs complications (Soc. des médecins russes, séance du 21 déc. 1900, *in Vratch*, n° 15, Saint-Pétersbourg, 14 avril 1901).

Panse (Dresde). — De l'équilibre de l'organe auditif chez la souris japonaise (*Münch. med. Wochens.*, n° 13, 26 mars 1901).

Passow (Heidelberg). — De la curabilité des abcès cérébraux (*Archiv. of otol.*, vol. XXX, n° 1, New-York, fév. 1901).

Phillips (Wendell). — Otite moyenne aiguë. Abcès du cervelet. Opération. Mort par méningite (*Archiv of otol.*, vol. XXX, n° 2, New-York, avril 1901).

Piaget (R.). — Extraction de corps étranger de l'oreille par décollement du conduit auditif (*Dauphiné méd.*, oct. 1900).

Piffle. — De l'ouverture de l'apophyse mastoïde dans les complications des otites moyennes aiguës; relation de 75 cas (*Archiv f. Ohrenheilk.*, Leipzig, Band LI, Hefte 1, 2, 3 et 4).

Pischel (Kaspar). — Mastoïdite aiguë, thrombose du sinus latéral, perforation dans le pharynx (*Archiv. of otol.*, vol. XXX, n° 2, New-York, avril 1901).

Pischel (Kaspar). — Lambeau cutané pour occlusion immédiate de la plaie dans les opérations radicales de la mastoïde (*Archiv. of otol.*, vol. XXX, n° 2, New-York, avril 1901).

Pischel (Kaspar). — Mastoïdite compliquée de paralysie du droit externe (*Archiv. of otol.*, vol. XXX, n° 2, New-York, avril 1901).

Preysing. — Neuf cas d'abcès du cerveau consécutifs à des affections de l'oreille et du nez (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, Leipzig, Band LI, Hefte 4).

Preysing (Leipzig). — Anatomie topographique et technique opératoire des abcès otitiques du lobe temporal (*Archiv. of otol.*, vol. XXX, n° 2, New-York, avril 1901).

Preysing (Hermann) (Breslau). — Abcès otitique du lobe temporal (*Archiv. of. otol.*, vol. XXX, n° 1, New-York, fév. 1901).

Randall (Philadelphie). — Diagnostic et pronostic des maladies de l'oreille (*Journ. of the Amer. med. Assoc.*, Chicago, 23 mars 1901).

Reintges. — Trépanation de l'apophyse mastoïde *(Die Trepanation des Processus mastoïdeus)* (Dissert., Bonne, 1900).

Richter. — Nouvelle loi de l'excitabilité des nerfs sensoriels (*Monats. f. Ohrenheilk.*, n° 12, déc. 1900).

Rigal. — Grippe compliquée d'abcès du cerveau à streptocoques (Soc. nationale de méd. de Lyon. séance du 22 avril 1901, *in Lyon méd.*, n° 18, 5 mai 1901).

Rimini. — Mastoïdite aiguë due à une otite scarlatineuse (*Archiv. ital. di otol.*, Turin, vol. XI, fasc. 2, mars 1901).

Rohrer (Zurich). — De la coloration bleue du tympan (tympanum cœruleum) et de la production des varices tympaniques (*Zeits. f. Ohrenheilk.*, Band XXXIX, Helt 1, 1901).

Röpke (Solingen). — Trois cas opérés pour un abcès otitique du lobe temporal avec terminaison fatale (*Archiv. of otol.*, vol. XXX, n° 1, New-York, fév. 1901).

Schmidt (Odessa). — L'otite primitive externe au point de vue clinique (*Archiv. of otol.*, vol. XXX, n° 2, New-York, avril 1901).

Snow (Sargen) (Syracuse). — Facteurs nerveux de la surdité catarrhale (*Journ. of the Amer. med. Assoc.*, Chicago, 23 mars 1901).

Spee. — Histologie de l'organe de Corti (Physiologischer Verein in Kiel, séance du 14 janv. 1901, *in Münch. med. Wochens.*, n° 20, 14 mai 1901).

Spencer (Walter). — Hémorragie artérielle de l'oreille (Royal med. and surg. Soc., séance du 23 avril 1901, *in British med. Journ.*, Londres, 27 avril 1901, p. 1016).

Spira. — Sur la pathogénie de la commotion du labyrinthe (*Przeglade Chir.*, t. IV, fasc. 4).

Stein (von). — Du désordre de l'équilibre dans les maladies du labyrinthe (*Ann. des mal. de l'oreille*, déc. 1900).

Stein (von) et **Zakcheer.** — Un cas de nécrose étendue des os du crâne consécutive à une otite moyenne suppurée chronique (*Chirourgia*, t. IX, n° 52, Moscou, avril 1901).

Stenger (Berlin). — Des abcès du cerveau d'origine otitique (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 11, 1901).

Stout (George) (Philadelphie). — De quelques anomalies de l'oreille dues à des erreurs de développement (*The Journ. of the Amer. med. Assoc.*, Chicago, 20 avril 1901).

Suarez de Mendoza (Paris). — Nouveau procédé sûr et rapide pour pratiquer l'ouverture partielle ou totale des cavités de l'oreille (*Archiv. de méd. et de chir. spéciales*, Paris, n° 3, mars 1901).

Tilley (Herbert). — Opération mastoïdienne suivie de greffe épithéliale (Soc. d'otol. du Royaume-Uni, séance du 3 déc. 1900, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 14, Bordeaux, 6 avril 1901).

Torretta (Gênes). — Contribution à l'étude des psychopathies d'origine auriculaire (*Ann. des mal. de l'oreille*, Paris, n° 5, mai 1901).

Trautmann. — Leitfaden für Operationen am Gehororgan (Band IV, Bibliothek v. Coler, Sammlung von Werken aus dem Bereiche der medicinischen Wissenschaften (1 vol. in-16, avec fig., Berlin, A. Hirschwald, 1901).

Waring (H. I.). — Cholestéatome du temporal et son traitement (*Edinb. med. Journ.*, fév. 1901; anal. *in The Journ. of laryngol.*, mai 1901).

Waterhouse. — Un cas de pyohémie du sinus latéral compliquée d'abcès du cervelet (Med. Soc. of London, séance du 2 mars 1901, *in British med. Journ.*, 30 mars 1901, p. 774).

Willetts. — Intervention chirurgicale dans les écoulements purulents de l'oreille (*Pensylvania med. Journ.*, Pittsburg, mars 1901).

Wilson-Prévost (New-York). — Un cas de corps étranger (petit caillou) extrait du conduit auditif droit d'une fillette de quatre ans (*Archiv. internat. de laryngol.*, n° 2, Paris, mai-juin 1901).

Wilson-Prévost (New-York). — Fracture indirecte de la paroi antérieure du conduit auditif externe gauche (*Archiv. internat. de laryngol.*, n° 2, Paris, mai-juin 1901).

Witte et **Sturm.** — Contribution à l'étude des affections otitiques du cerveau, IV, suite (*Zeits. f. Ohrenheilk.*, Band XXXIX, Heft 1, 1901. Voir Band XXXV, pp. 12, 218 et 317, et Band XXXVII, p. 174).

Croup et Diphtérie.

Capps (E. D.). — Croup membraneux. Diagnostic différentiel (*Texas med. News*, juin 1900).

Chantemesse. — Sur la valeur du sérum antidiphtérique et sur les causes de mortalité des cas de diphtérie hospitalisés au bastion 29 (Soc. méd. des hôpit., séance du 17 mars 1901, *in Bull. méd.*, n° 39, 1901).

Cottrelle. — Cas de diphtérie survenus à intervalles variables chez trois enfants d'une même famille (*Gaz. méd. de Picardie*, n° 3, Amiens), 1901.

Cuno. — Résultat de la sérothérapie, 1894-1900; trachéotomie et intubation (*Münch. med. Wochens.*, n° 20, 14 mai 1901).

Denny (F. H.). — Relation de l'examen de 175 individus sains pour le bacille diphtérique (*Boston Soc. of med. sciences,* avril 1900).

Friedlander (Albert). — Récidive des membranes diphtériques (*Cincinnati-Lancet Clin.*, 19 mai 1900).

Froin. — Traitement du croup (*Presse méd.*, Paris, n° 30, 13 avril 1901).

Gabritchewski. — De la prophylaxie de la diphtérie (en russe) (*Dietskaja med.*, Moscou, n° 2, 1901, et *Vratch,* n° 11, 1901).

Greenwood. — Aspect clinique de la diphtérie (*Birmingham med. Rev.*, avril 1901).

Harlan (Herbert). — Un cas de rougeole, scarlatine, diphtérie, d'otite moyenne et de mastoïdite (*Maryland med. Journ.*, mai 1900).

Kober. — De la présence du bacille diphtérique sur la muqueuse buccale des individus bien portants (*Rev. des mal. de l'enfance,* juillet 1900).

Lane. — Diphtérie et croup membraneux (*Kansas City med. Index Lancet,* mai 1900).

Laslett. — Le traitement de cas graves de diphtérie avec des solutions salines (*Lancet*, 20 oct., 1900).

Llorente (D. Vicente). — Considérations générales sur le bacille de Lœffler (*Bolet. de laringol.*, Madrid, n° 2, mars et avril 1901).

M'Donnell (Campell). — L'antitoxine diphtérique administrée par la voie buccale (*Lancet,* 9 fév. 1901, et *British med. Journ.*, 11 mai 1901).

Michael. — De la sérothérapie de la diphtérie (*Correspond. Blätter d. allg. aerztl. Vereins v. Thüringen,* II, 1900).

Minor. — Laryngite pseudo-membraneuse ou croup (*Mississipi med. Record*, juillet 1900).

Nicholson. — La diphtérie (*Occidental med. Times,* 1er avril 1900).

Park (W. H.). — De l'emploi de la globuline du sang du sérum antitoxique à la place du sérum entier dans la diphtérie (*Abraham Jacobi-Festschrift,* 1900).

Park. — Le bacille pseudo-diphtérique dans le pharynx des individus sains (*Med. News*, 12 mai 1900).

Park. — L'antitoxine diphtérique (*Philadelphia med. Journ.*, mars 1900).

Potiechine. — Intubation et trachéotomie dans la diphtérie (*Dietskaia med.*, Moscou, V, 331-344, 1900).

Prota (G.). — Sur un cas grave de croup latent. Intubation. Guérison. Note clinique (*Giorn. internat. delle scienze med.,* Naples, fasc. 18, 30 sept. 1900, et anal. *in Bollett. del malatt. dell' orecchio,* n° 5, mai 1901).

Rupp (Adolph). — Mortalité par diphtérie et statistique sérothérapique (*Amer. Journ. of obstetrics and diseases of women and children,* juin 1900).

Santerson. — Recherches sur l'action de la toxine diphtérique (*Nord med. Arkiv.*, XXXIII, 4-5).

Sonden. — La valeur pratique des recherches du bacille de la diphtérie (*Swenska Läkaresallskapetes Forhanlingar,* p. 7, 1900; *Hugiea,* avril 1900).

Tokolot. — Épidémiologie de la diphtérie (*Dietskaia med.*, V, 319-331, 1900, Moscou).

Westbrook. — Variétés du bacille de la diphtérie (*Med. News,* 12 mai 1900).

Zollikofer. — L'évolution clinique de la diphtérie sous l'influence du traitement sérothérapique, surtout au point de vue de l'albuminurie (*Correspond. Blätt. f. Schweizer Aerzte,* 15 sept. 1900).

Bordeaux. — Imprimerie G. GOUNOUILHOU, rue Guiraude, 11.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

DE

La REVUE du Dr E. J. MOURE

3 août 1901.

Bouche et Pharynx buccal.

Audy. — Des accidents d'éruptions des dents permanentes autres que les dents de sagesse (Thèse de Paris, 1901).

Baudouin. — Un cas d'angine de Vincent évoluant au cours d'une syphilis primaire (*Touraine méd.*, n° 7, 1901).

Bechterer. — Dysphagie psychique (*Obozrénié Psychiatrii,* n° 5, Saint-Pétersbourg, mai 1901).

Berest (A.). — Troubles nerveux chez les amygdaliens (Thèse de Paris, 1901).

Binnie (J.-F.) (Kansas City). — Traitement opératoire des tumeurs pharyngées (*Amer. Jour. of surg. and gynecol.*, mars 1901).

Boussenot. — Contribution à l'étude des angines pseudo-membraneuses (Thèse de Bordeaux, 1901).

Brown (Danbury, Conn.). — Avantages du spray dans les fausses membranes du pharynx (*Kansas City Index-Lancet*, mars 1901).

Calmette. — Conditions favorisant la virulence des microbes dans la bouche (*Semana med.*, Buenos Aires, 30 mars 1901).

Capelle (P.-J.). — Contribution à l'étude du lupus érythémateux des muqueuses (Thèse de Paris, 1901).

Chauveau. — Un cas de leucocythémie symptomatique d'un lymphosarcome amygdalien avec envahissement des quatre amygdales (XIIIe Congrès internat. de méd. 1900, section de laryngol., Masson, Paris, 1901, anal. *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 36, 8 sept. 1900).

Chauveau (C.). — Histoire des maladies du pharynx. Période greco-romaine et byzantine et période arabe (1 vol. in-12°, 300 p., J.-B. Baillière et fils, Paris, 1901).

Chavannaz. — L'amputation de la langue par voie transhyoïdienne (*Journ. de méd. de Bordeaux*, n° 24, 1901).

Cobb (Carolus) (Philadelphia). — Un cas de rhumatisme infectieux d'origine amygdalienne (*Ann. of gynecol. and pediatry*, avril 1901).

Cottell. — Chancre de la lèvre (Louisville med. chir. Soc., séance du 15 fév. 1901, *in Amer. Practitioner and News*, Louisville, 1er avril 1901, p. 269).

Cousteau. — Ecchymose du pharynx après morcellement des amygdales (*Ann. des mal. de l'oreille*, n° 6, Paris, juin 1901).

Curtis (Farguhas) (New-York). — Rétrécissement cicatriciel du pharynx guéri par opération plastique (*Ann. of surg.*, fév. 1901).

Dabney. — Ulcération de l'amygdale (Louisville med. chir. Soc., séance du 15 fév. 1901, *in Amer. Practitioner and News*, Louisville, 1er avril 1901, p. 262).

Danlos. — Varices lymphatiques de la région buccale (Soc. de chir., séance du 3 juil. 1901, *in Semaine méd.*, n° 29, 1901).

Dubreuilh. — Lupus erythémateux de la muqueuse buccale (*Ann. de dermatol.*, mars 1901).

Ferreri. — Corps étranger enclavé dans le pharynx depuis quatre mois. Radioscopie. Extraction (*Ann. des mal. de l'oreille*, n° 6, Paris, juin 1901).

Frank (F.) (Brunswick). — L'angine grippale et la langue grippale (*Semaine méd.*, n° 29. Paris, 10 juil. 1901).

Freudenthal (W.) (New-York City). — Tuberculose des amygdales (*New-Yorker med. Monats.*, fév. 1901).

Freudenthal. — Remarquable cas de paralysie labio-glosso-pharyngée compliqué d'anévrysme de l'aorte (*The Laryngoscope*, vol. X, n° 4, Saint-Louis, avril 1901).

Gedenevanor (M.-A.). — Hémiatrophie linguale (*Protokoli Zasied. Kavkask. med. obsch.*, XXXVII, 1900-1901, p. 242-247).

Gulikers. — Présentation d'une malade porteur d'un appareil obturateur d'une vaste perforation d'origine syphilitique du voile du palais (*Ann. de la Soc. méd.-chir. de Liège*, juin 1900).

Hellat. — Amygdalite à streptocoques (XIII[e] Congrès internat. de méd., section de laryngol., Masson, Paris, 1901; anal. *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 36, 8 sept. 1900).

Hewitt (G.-A.) (Philadelphia). — Amygdalite folliculaire (*Kansas City med. Record*, mars 1901).

Hope (Ch.-F.) (Coatesville). — Les amygdalites et leurs traitements (*Med. Council*, mars 1901).

Hopstein. — De la tuberculose linguale *(Ueber Zungentuberculose)* (Dissert. de Bonn, 1901).

Jacques. — Calcul de l'amygdale (Soc. de méd. de Nancy, séance du 27 fév. 1901, *in Rev. méd. de l'Est*, n° 11, Nancy, 1[er] juin 1901).

Jeal. — Traitement des angines chroniques chez les enfants (*Rev. med. du Mont-Dore*, n° 4, 1[er] juil. 1901).

Kayser (Richard) (Breslau). — Proéminence vertébrale dans le pharynx (*Monats. f. Ohrenheilk.*, n° 4, avril 1901).

Kayser (Richard) (Breslau). — Angiome caverneux du pharynx. (*Monats. f. Ohrenheilk.*, n° 4, avril 1901).

Kayser (Richard) (Breslau). — Gros fibrome du voile du palais. (*Monats. f. Ohrenheilk.*, n° 4, avril 1901).

König. — Actinomycose de la langue (*Altonaer Aerztl. Verein*, Band II, 1901).

König. — Myxosarcome du voile du palais (*Altonaer Aerztl. Verein*, Band II, 1901).

König. — Angine éroso-membraneuse (Acad. de méd., séance du 15 juillet 1901, *in Bul. méd.*, n° 56, 17 juillet 1901).

Krug. — Contribution à la stomatite aphteuse *(Beitrag zur stomatitis aphthosa)* (Dissert. de Kiel, 1901).

Kyle (Braden) (Philadelphie). — La pathologie du mycosis du pharynx (*The Laryngoscope*, vol. X, n° 4, Saint-Louis, avril 1901).

Langlois. — Epithélioma buccal (Soc. des sciences méd. de Lyon, séance du 22 mai 1901, *in Lyon méd.*, n° 25, 1901).

Löwy (Hugo) (Karlsbad). — Sur un cas de tuberculose du pharynx. Contribution à l'étude de la curabilité des lésions tuberculeuse (*Monats f. Ohrenheilk.*, n° 5, Berlin, mai 1901).

Murphy (John C.). — Relation d'un cas de lupus primitif de la langue (*Internat. med. Journ.*, avril 1901).

Palmer (Worrall). — Quelques conclusions tirées de l'expérience clinique relative au traitement de l'hypertrophie des amygdales (*The Journ. of ophtalmol. and otol.*, vol. XIII, n° 3, New-York, mai 1901).

Piollet. — Épithélioma de la langue chez une femme (Soc. des sciences méd. de Lyon, séance du 15 mai 1901, *in Lyon méd.*, n° 24, 1901).

Renault. — Antagonisme entre l'état de la peau et de la muqueuse bucco-pharyngée dans le cours de la syphilis secondaire (*Ann. de dermatol. et de syphiligr.*, fév. 1901).

Raoult (Aimar). — Nouveaux cas d'amygdalite ulcéro-membraneuse (*Le Progrès méd.*, n° 27, Paris, 6 juil. 1901).

Rode. — Contribution a la pathologie des abcès du cou et un cas de septico-pyohémie au déclin d'un abcès de l'amygdale *(Beitrag zur Pathologie der Halsabscesse und ein Fall von Septico-Pyoemie in Auschluss an einen Tonsillarascess)*. (Dissert. de Munich, 1901).

Rodier. — Paralysie faciale d'origine dentaire (*Jour. de méd. de Bordeaux*, n° 29, 1901).

Ruault. — Contribution au traitement de l'hypertrophie tonsillaire (XIII[e] Congrès internat. de méd. 1900, section de laryngologie, Masson, Paris, 1901, anal. *in Rev. hebdom de laryngol.*, n° 36, 8 sept. 1900).

Savoire. — Du traitement des pharyngites chroniques (XIII[e] Congrès internat. de méd. 1900, section de laryngologie, Masson, Paris, 1901, anal. *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 36, 8 sept. 1900).

Stewart. — Hypertrophie amygdalienne chez une femme de cinquante-quatre ans (*British med. Journ.*, Londres, 13 juil. 1901).

Vachède et Marchand. — Anesthésie gustative et hypoesthésie tactile de la langue par lésion de la corde du tympan (Soc. de biol., séance du 29 juin 1901, *in Bull. méd.*, n° 32, 3 juil. 1901).

Van de Wiel. — Myxosarcome de la voûte palatine. (*Ann. de la Soc. med.-chir. d'Anvers*, mai-juin 1900).

Vance. — Chancre de la lèvre (Louisville med.-chir. Soc., séance du 15 fév. 1901, *in Amer. Practitioner and News*, Louisville, 1[er] avril 1901, p. 268).

Veillard. — Hémorragie artérielle au décours d'une angine phlegmoneuse (*Archiv. internat. de laryngol.*, n° 3, Paris, mai-juin 1901).

Vincent (Paris). — Syphilis et bacille fusiforme (*Presse méd.*, Paris, juin 1901).

Nez, Pharynx nasal et Cavités accessoires.

Antonelli. — Sinusite ethmoïdo-frontale, suite de cellulite orbitaire provoquée par une dacryocystite (Soc. d'ophtalmol. de Paris, 6 fév. 1900).

Baratoux. — Des sinusites frontales (*Pratique méd.*, n[os] 3, 4 et 5, 1901).

Ballenger (M.-L.). — Ethmoïdite suppurée et non suppurée (*Med. Standard*, avril 1900).

Beaman (Douglas) (New-York). — Affection du nez dans la vieillesse (*New-York med. Journ.*, 25 mai 1901).

Berini. — Bouton ayant séjourné dix mois dans la fosse nasale d'un enfant (*Rev. med. cir.*, n° 5, Barcelone, 15 mai 1901).

Berndt (D. A.). — Traitement du catarrhe chronique simple du nez (*Colombus med. Journ.*, nov. 1900).

Braislin (William C.). — Empyème du sinus frontal (*Brookl. med. Journ.*, mai 1900).

Braunsweig. — Empyème combiné des sinus de la face (*Münch. med. Wochens.*, n° 29, 16 juillet 1901).

Brown (H.) (Chicago). — Des rapports entre les affections de la conjonctive, du nez et de la gorge (*Journ. of the amer. med. Assoc.*, n° 24, Chicago, 15 juin 1901).

Brück (Berlin). — La thérapeutique de l'ozène (*Corresp. Bl. f. Schweizer Aerzte*, Heft 12, 1900).

Brühl (G.). — Nouvelle méthode de démonstration des cavités accessoires du nez (*New.-York med. News*, 14 avril 1900).

Capps (Edward Doak). — Syphilis du nez et de la gorge (*The Laryngoscope*, vol. X, n° 5, Saint-Louis, mai 1901).

Castex. — Sinusite maxillaire grave chez un nouveau-né (*Bull. de laryngologie*, t. IV, n° 2, Paris, 30 juin 1901).

Cheatham. — Corps étrangers du nez (Louisville med. chir. Soc., séance du 15 fév. 1901, *in Amer. Practitioner and News,* Louisville, 1er avril 1901, p. 258).

Clinton (Marshall) (Buffalo). — Fractures du nez (*Buffalo med. Journ.*, juin 1901).

Collinet. — Deux cas de chancre syphilitique des fosses nasales (*Bull. de laryngol.*, t. IV, n° 2, Paris, 30 juin 1901).

Cordes. — Contribution à l'étiologie des empyèmes chroniques des cavités accessoires du nez (*Sammlung Zwangloser Abhandl.*, n° 5, 15 mai 1901).

Cox (Charles) (Brooklyn). — Les épistaxis (*Med. News,* 20 avril 1901).

Cousteau. — Emphysème pulmonaire et insuffisance nasale expérimentale (XIIIe Congrès internat. de méd. 1900, section de laryngo-rhinol., Masson, Paris, 1901).

Cryer (Matthew). — Mode d'infection du sinus maxillaire (*University med. Magazine,* mai 1900).

Cuvillier. — Végétations adénoïdes et hypertrophie des amygdales. Statistique des cas traités à la clinique des Enfants malades (XIIIe Congrès internat. de méd. 1900, section de laryngo-rhinologie, Masson, Paris, 1901, anal. *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 36, 8 sept. 1900).

Dethlefsen (C. A.) (Danemark). — Lupus vulgaris traité par la refrigération à l'aide de chlorure d'éthyle (Hospitals-Tidende, p. 1, 1900).

Dickerman (E. T.). — Hypertrophie de l'amygdale pharyngée (*Illinois med. Journ.*, fév. 1901).

Du Magny (Bordeaux). — Bronchopneumonie d'origine nasale (Acad. de méd., séance du 2 juill. 1901, *in Bull. méd.*, n° 52, Paris, 3 juill. 1901).

Dunn (John). — De l'étiologie de l'asthme (*Gaillard's med. Journ.*, n° 3, 1901).

Emmenegger (Hans). — De l'opération de l'empyème maxillaire *(Ueber die Operation der eiterigen Sinusitis maxillaris)* (Dissert. de Bale, 1901).

Esser (Karl). — Du traitement des abcès rétropharyngiens *(Zur Behandlung der Retropharyngealabscesse)* (Dissert. de Kiel, 1901).

Etievant. — Traitement de la rhinite spasmodique et du rhume des foins (*Province méd.*, n° 21, Lyon, 25 mai 1901).

Ewing (Fayette) (Saint-Louis). — Les diathèses comme facteur du catarrhe respiratoire (*New-Albany med. Herald*, mars 1901).

Felt (Carle Lee) (Philadelphia). — Rhinolithes; relation de 2 cas (*Internat. med. Magaz.*, avril 1901).

Francesco. — Tumeurs du nez, du cavum buccal et du larynx (*Boll. delle malatt. dell'orecchio,* nos 6 et 7, Florence, juin et juillet, 1901).

Freudenthal (New-York). — Des affections syphilitiques primitives du nez (*Klinisch. therapeut. Wochens.*, n° 24, 1901).

Gorrow (A. E.). — L'ulcère rodens du nez (*Montreal med. Journ.*, janv. 1901, anal. *in The Journ. of laryngol.*, n° 7, juillet 1901).

Gaudier et **Hèze.** — A propos d'un cas de sinusite sphénoïdale (*Écho méd. du Nord*, n° 21, Lille, 26 mai 1901).

Gill (J.-M.) et **Sinclair-Gillies.** — Un cas de rhinite fibrineuse (*Austral. med. Gaz.*, 20 oct. 1900).

Gleason (E.-B.). — Catarrhe chronique du nez (*Med. Council,* juin 1900).

Goldsmith (P. G.). — Suppuration chronique de l'antre d'Highmore (*Dominion med. Monthly* (Canada), juin 1900).

Goldstein (M. A.) (Saint-Louis). — Nouveau procédé pour la réduction des hypertrophies des cornets (*The Laryngoscope*, vol. X, n° 5, Saint-Louis, mai 1901).

Goris. — Sur huit cas de décortication de la face pour affections des sinus (XIIIe Congrès internat. de méd. 1900, section de laryngol., Masson, 1901; anal. *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 35, sept. 1900).

Gouly. — Kyste dermoïde du maxillaire supérieur (*Union méd. du Nord-Est,* n° 13, Reims, 15 juillet 1901).

Gradenigo. — De la réaction fébrile dans les opérations sur les voies respiratoires supérieures (*Archiv. ital. di otol.,* vol. XI, fasc. 3, Turin, mai 1901).

Gradenigo (Turin). — L'hypertrophie de l'amygdale pharyngée. Monographie avec 3 planches et 45 figures dans le texte (*Klin. Vorträge,* Band IV, Heft 4. Iéna, 1901).

Gurnee Fellows. — Rhinite hyperesthésique au cours d'une grossesse (*Journ. of ophtalmol. and otol.,* vol. XIII, n° 3, New-York, mai 1901).

Hajek et **Bosworth.** — Rapport sur l'ethmoïdite purulente (XIII° Congrès internat. de méd. 1900, section de rhinol., Masson, Paris, 1901 ; anal. *in Rev. hebdom. de laryngol.,* n° 35, 1er sept. 1900).

Hamon du Fougeray. — De l'origine rhino-pharyngienne des goitres (*Progrès méd.,* n° 21, Paris, 23 mai 1901).

Herzen. — Rhinoplastie partielle. Restauration du lobule du nez (*Ckirourguia,* t. IX, n° 54, Moscon, juin 1901).

Holmes (Christian) et **Garlick (Stowe)** (Cincinnati). — Accidents au cours de l'opération des végétations adénoïdes (*The Laryngoscope,* vol. X, n° 5, Saint-Louis, mai 1901).

Jackson (Chevalier) (Pittsburg). — Carcinome primitif du nasopharynx. Relation d'un cas (*The Laryngoscope,* vol. X, n° 4, Saint-Louis, avril 1991).

Jacobson. — Rapport sur les rhinites spasmodiques (XIII° Congrès intern. de méd. 1900, section de rhinol., Masson, Paris, 1901, anal. *in Rev. hebdom. de laryngol.,* n° 35, 1er sept. 1900).

Jacontini. — Contribution au traitement du coryza (*Il Morgagni,* 15 déc. 1900).

Jocks. — Fracture de la paroi orbitaire du sinus frontal compliquée de paralysie des muscles de l'œil (Soc. méd.-chir., séance du 8 juillet 1901, *in Bull. med.,* n° 56, Paris, 17 juillet 1901).

Kaspariantz. — Sur le diagnostic de l'empyème du sinus maxillaire par la palpation et la méthode endonasale de l'opération du sinus maxillaire (XIII° Congrès internat. de méd. 1900, section de rhinol., Masson, Paris, 1901, anal. *in Rev. hebdom. de laryngol.,* n° 35, 1er sept. 1900).

Kayser (Richard) (Breslau). — Corps étranger du nez, de nature particulière (*Monats. f. Ohrenheilk.,* n° 4, Berlin, avril 1901, p. 163-164).

Kayser (Richard) (Breslau). — Tuberculose du nez (*Monats. f. Ohrenheilk.,* n° 4, avril 1901, 164).

Kayser (Richard) (Breslau). — Hémorragie du point lacrymal (*Monats. f. Ohrenheilk.,* n° 4, avril 1901, p. 165.

Kayser (Richard) (Breslau). — Rhinite fibrineuse (*Monats. f. Ohrenheilk.,* n° 4, avril 1901, p. 164).

Kayser (Richard) (Breslau). — Affections des cavités accessoires du nez (*Monats. f. Ohrenheilk.,* n° 4, avril 1901, p. 165-167).

Kayser (Richard) (Breslau). — Accidents au cours des opérations des végétations adénoïdes (*Monats. f. Ohrenheilk.,* n° 4, avril 1901).

Kerriton (Phillipp). — Des végétations adénoïdes (*Gaillard's med. Journ.,* n° 3, 1901).

Krieg (Robert) (Stuttgart). — Atlas des maladies du nez (*Atlas der Nasenkrankheiten enthaltend 356 Figuren in 475 einzelbildern auf 38 Tafeln!* (Lieferung 6 et 7, Ferd. Enke, Stuttgart, 1901).

Kyle (Braden). — Les effets de la grippe épidémique sur les muqueuses des voies respiratoires supérieures (*The Laryngoscope,* vol. X, n° 5, Saint-Louis, mai 1901).

Kyle (Ino. I.). — L'influenza ; considérations spéciales sur les complications du côté de l'oreille moyenne et des cellules ethmoïdales (*Indiana med. Journ.,* mars 1901).

Larue (Vansant). — Courte notice sur la pathogénie, le diagnostic et le traitement des affections des sinus accessoires du nez (*Journ. of the Amer. med. Assoc.*, Chicago, 18 mai 1901).

Laurence. — La chirurgie des sinus de la face dans ses rapports avec la chirurgie orbitaire (XIII[e] Congrès intern. de méd., 1900, section de laryngo-rhinol., Masson, Paris, 1901 ; anal. *in Rev. hebdom. de laryng.*, n° 35, 1[er] sept. 1900).

Laurant. — Moulage des sinus maxillaires (*Bull. de la Soc. royale des sciences méd. et naturelles de Bruxelles*, n° 7, 1900).

Lefferts (Geo. M.). — La rhinite fétide (*New-York med. News*, 13 oct. 1900).

Lermoyez et **Mahu.** — Nouvelles recherches concernant l'action de l'air chaud sur les muqueuses aériennes supérieures (*Ann. des mal. de l'oreille*, n° 7, Paris, juillet 1901).

Lesieur. — Étude comparée du bacille diphtérique et pseudo-diphtérique du nez et de la gorge (Soc. méd. des hôpit., séance du 10 juillet 1901, *in Bull. méd.*, n° 57, Paris, 20 juillet 1901).

Lindèn (Finlande). — Un cas d'abcès du cerveau consécutif à un empyème du sinus frontal (*Finska Läkaresulskapets Handlinger*, p. 772 1900).

Luc. — Du catarrhe douloureux à répétition du sinus frontal consécutif à la sténose fronto-nasale (XIII[e] Congrès internat. de méd. 1900, section de laryngo-rhinol., Masson, Paris, 1901, anal. *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 35, 1[er] sept. 1900).

Luys (Georges). — Les blessures des sinus de la dure-mère (*Presse méd.*, n° 48, Paris, 15 juin 1901).

Mackenzie (Hunter). — Diagnostic de l'empyème chronique du sinus maxillaire (*Scottish med. and surg. Journ.*, avril 1900).

Malherbe (A.). — Exploration et examen du nez et du pharynx (*Bull. méd.*, n° 56, Paris, 17 juillet 1901).

Martine (de) (Lausanne). — Recherches sur les sens olfactif et gustatif chez les paralytiques généraux (*Rev. med. de la Suisse romande*, n[os] 8 et 9, 1900).

Mazzarotto (I.). — Le créosota'e de Heyden dans l'ozène (*Toledo med. and surg. Reporter*, juin 1900).

Mounier. — Du rôle prépondérant de l'auto-intoxication dans le coryza périodique et apériodique. Déduction thérapeutique (XIII[e] Congrès internat. de méd. 1900, section de laryngo-rhinol., Masson, Paris, 1901 ; anal. *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 36, 8 sept. 1900).

Morrison (F.-A.). — Effets mécaniques de l'obstruction nasale (*Indiana med. Journ.*, mars 1901).

Myers (Norfolk). — Névrose sensorielle du nez (*The Laryngoscope*, vol. X, n° 5, Saint-Louis, mai 1901).

Natier (Marcel). — Faux adénoïdiens par insuffisance respiratoire chez des névropathes ; troubles de la voix parlée et chantée (*La Parole*, n° 6, juin 1901).

Niergarth (Wm.). — Les hémorragies nasales dans la septicémie (*Peoria med. Journ.*, avril 1901).

Onodi. — De l'anosmie (*Journ. of ophthalmol. and otol.*, vol. XIII, n° 3, New-York, mai 1901).

Oppenheim. — Rhinite aiguë chez les enfants (*New-York med. News*, 28 juillet 1900).

Paige (John D.). — Empyème du sinus frontal (*Boston med. and surg. Journ.*, 5 avril 1900).

Parker. — Quelques observations sur le courant d'air dans la respiration nasale (*Journ. of laryngol.*, n° 7, Londres, juillet 1901).

Pearson (W.-W.). — Angiome du nez (*Iowa med. Journ.*, 15 janv., 1901).

Pelaez. — État actuel de la rhinologie (*Rev. especialidades med.*, juillet 1901).

Peltesohn. — De l'angine lacunaire du naso-pharynx (*Sammlung Zwangloser Abhandlung*, Band V, n° 6, 15 juin 1901).

Pooley (Thomas R.) (New-York). — Empyème des sinus frontal et ethmoïdal et abcès orbitaire (*Philadelphia med. Journ.*, 6 juillet 1901).

Puzey (Chauncy). — Un cas d'ablation du maxillaire supérieur pour tumeur maligne de l'antre (Liverpool med. Institution, séance du 9 mai 1901, *British med. Journ.*, 25 mai 1901).

Richter (Edouard) (Plauen à V.). — Traitement opératoire d'une atrésie nasale antérieure et postérieure (*Monats. f. Ohrenheilk.*, n° 4, avril 1901).

Rüs (Copenhague). — Un cas de lupus du nez traité par des rayons de Rontgen (*Hospital Tidende*, p. 2, 1900).

Rogeers (F.-T.). — Un cas d'empyème du sinus frontal (*Journ. of eye, ear and throat Diseases*, mars, avril 1900).

Sattler (Robert) (Cincinnati). — Des manifestations oculaires au cours des lésions intra-nasales (*The Journ. of the Amer. med. Assoc.*, Chicago, 18 mai 1901).

Schadle (Jacob) (Saint-Paul). — Érosions et ulcérations du cartilage triangulaire de la cloison (*Saint-Paul med. Journ.*, avril 1901).

Schute (Kerfoot) (Washington). — Empyème des sinus frontal et ethmoïdal compliqués d'abcès de l'orbite (*Virginia med. Semi-Monthly*, Richmond, 24 mai 1901).

Shambough (George E.). — Un cas de suppuration unilatérale des sinus maxillaire frontal et sphénoïdal sans complication aucune (*Chicago med. Record*, mai 1900).

Shields (Bayard). — Ethmoïdite (*Med. Mirror*, janv. 1900).

Shurly (Detroit). — Considérations sur les effets post-opératoires pour l'ablation des végétations adénoïdes (*The Journ. of the Amer. med. Assoc.*, Chicago, 11 mai 1001).

Siebenmann (Bâle). — De la rhinite atrophique fétide (*Corresp.-Bl. f. Schweizer Aerzte*, Heft 5, 1900).

Sieur et Jacob. — Recherches anatomiques et cliniques sur les fosses nasales et leurs sinus (1 vol. in-18°, 549 p., avec 220 fig., Rueff, Paris, 1901).

Smith (Owen). — Traitement chirurgical du catarrhe nasal (*Journ. of med. and science*, déc. 1900).

Sokolowski (von) (Varsovie). — Des altérations des fosses nasales observées dans certaines maladies générales et chroniques de nature non spécifique (*Bull. de laryngol.*, t. IV, Paris, 30 juin 1901).

Sommers (Lewis). — L'extrait aqueux de capsule surrénale dans le traitement des épistaxis (*Philadelphia med. Journ.*, 2 mars 1901).

Stevenson (David) (Richmond). — Les affections du nez et leur diagnostic différentiel (*New-York med. Times*, avril 1901; anal. *in The Journ. of laryngol.*, n° 7 juillet 1901).

Stewart (Francis S.) (London). — La tuberculose de la muqueuse nasale (*Guy's Hospital Report*, vol. 54).

Suarez de Mendoza. — De l'importance des anomalies des sinus frontaux au point de vue du traitement chirurgical des sinusites (*Chirourguia*, t. IX, n° 53, Moscou, mai 1901).

Suarez de Mendoza. — Emploi méthodique de fraises, trépans, scies, forets, brosses (en usage en chir. dentaire) dans la chirurgie des fosses nasales et des sinus de la face (XIII° Congrès internat. de méd. 1900, section de laryngo-rhinol, Masson, Paris, 1901; anal. *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 35, 1er sept. 1900).

Suchanek. — Tuberculose des voies respiratoires supérieures (*Sammlung Zwangloser Abhandlungen*, Band V, n° 6, 15 juin 1901).

Sundholm (Helsingfors). — Un cas d'empyème du sinus ethmoïdal traité chirurgicalement (*Finska Läkaresalskapets Handlinger*, p. 697, 1900).

Thompson (W.-R.). — Empyème du sinus frontal (*Texas Courier-Record of med.*, févr. 1900).

Thomson (J.-A.). — Difformités dues au développement des végétations adénoïdes (*Lancet-Clinic*, avril 1901).

Underwood. — Le traitement du catarrhe nasal par les médecins généraux (*Saint-Louis med. and surg. Journ.*, juillet 1901).

Vacher. — Contribution à l'étude du traitement des sinusites maxillaires et ethmoïdales (XIII[e] Congrès internat. de méd. 1900, section de laryngo-rhinol., Masson, Paris, 1901; anal. *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 35, 1[er] sept. 1900).

Vachide. — Influence des crises d'hystérie sur la sensibilité olfactive (Société de biologie, séance du 25 mai 1901, *in Semaine médicale*, n° 23, 1901).

Vince. — Cas d'un empyème du sinus sphénoïdal avec perforation de l'apophyse basilaire. Mort (*La Clinique*, n° 7, 1900).

Watson (William). — La cloison nasale et ses affections (*Journ. eye, ear and throat Diseases*, janv.-févr. 1901).

Wells (Walter). — Cathétérisme et irrigation du sinus frontal par l'orifice naturel (*The Laryngoscope*, vol. X, n° 4, Saint-Louis, avril 1901).

Winslow (John R.) (Baltimore). — Observations sur le diagnostic et le traitement de l'empyème maxillaire chronique (*Journ. of eye, ear and throat Diseases*, janv.-févr. 1901).

Ziem. — Des rapports entre la cataracte et les affections du nez (*Archiv f. Pathol. Anat. und Phys.*, CLXII, 2).

Larynx et Trachée.

Bittner (Wilhelm) (Brünn). — Des corps étrangers des voies respiratoires (*Prager med. Wochens.*, n° 26, 1901).

Bokay. — Du traumatisme intubatoire (*Deuts. Zeits. f. Chir.*, Band LVIII, 1901).

Bosciano. — Contribution à l'extirpation totale du larynx (*Ann. di laringol.*, fasc. I, Gênes, janv. 1901).

Botey (Ricardo). — Estudios clinicos sobre laringologia, otologia y rinologia (t. II, Barcelone, 1901).

Boulay (A.) et **Boulai (J.).** — Rétrécissement laryngé traité par l'électrolyse chez un malade porteur d'une canule trachéale depuis seize ans. Décanulement (XIII[e] Congrès international de méd 1900, section de laryngo-rhinol., Masson, Paris, 1901, anal. *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 35, 8 sept. 1900).

Brose (Evanswille). Spasme de la glotte et de l'œsophage chez des adultes. Relation de deux cas (*Journ. of the Amer. med. Assoc.*, Chicago, 22 juin 1901).

Carpentier. — Des indications du tubage et de la trachéotomie dans les laryngites diphtériques (Thèse de Paris, 1901).

Carrière. — Le tubage et la trachéotomie (*Le Nord méd.*, Lille, 15 juillet 1901).

Chauveau. — Paralysie hystérique de la corde gauche avec parésie concomitante du sterno-mastoïdien et du trapèze du même côté, anesthésie et parésie du voile du palais; troubles de la déglutition et hypersécrétion (XIII[e] Congrès internat. de méd. 1900, section de laryngo-rhinol., Masson, Paris, 1901, anal. *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 35, 8 sept. 1900).

Cisneros. — Ablation totale du larynx pour carcinome (*Bolett. di laringol.*, n° 3, Madrid, mai-juin 1901).

Coen. — Du balbutiement, de sa guérison (*Archiv. ital. di otol.*, vol. XI, fasc. 3, Turin, mai 1901).

Courtade. — Traitement palliatif du cancer laryngo-trachéal (XIIIe Congrès internat. de med., section de laryngol., Masson, Paris, anal. *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 35, 1er sept. 1900).

Cowgill (Warwick) (Paducah, Ky). — Laryngo-trachéite membraneuse (*New-England med. Monthly.*, mars 1901).

Davis (G. C.) (Philadelphia). — Laryngectomie sous anesthésie eucaïnique avec remarques sur la technique opératoire (*Ann. of surg.*, janv. 1901).

Desvernine. — Paralysie combinée du larynx et du voile du palais. Etude sur l'innervation motrice du larynx et du voile du palais (*Ann. des mal. de l'oreille*, n° 6, Paris, juin 1901).

Dick (Staveley). — Un cas de trachéotomie deux fois pratiquée sur le même malade (*British med. Journ.*, Londres, 20 juillet 1901).

Donaldson (Londonderry). — Un cas de cancer du larynx à évolution lente (*British med. Journ.*, Londres, 25 mai 1901).

Duvergey. — Dothiénenthérie compliquée de lésions pseudo-membraneuses dn larynx (Soc. d'anat. et de phys. de Bordeaux, séance du 29 avril 1901, *in Gaz. hebdom. des sciences méd. de Bordeaux,* n° 21, 26 mai 1901).

Egidi. — Quelques cas d'intubation; extubation d'après la méthode de Bayeux (*Archiv. ital. di otol.*, vol. XI, fasc. 3, Turin, mai 1901).

Escat. — Indications et contre-indications du traitement hydrominéral dans les maladies de la gorge, du nez et de l'oreille (*Archiv. méd. de Toulonse*, n° 14, 15 juillet 1901).

Fraenkel. — Diagnostic anatomo-pathologique du cancer du larynx (XIIIe Congrès internat. de méd. 1900, section de laryngol., Masson, Paris, 1901; anal. *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 35, 1er sept. 1900).

Fein (Johann) (Vienne). — Contribution à l'étude des paralysies des cordes vocales (*Monats. f. Ohrenheilk.*, n° 5, Berlin, mai 1901).

Gellé (père). — L'épreuve phonographique de la voix (XIIIe Congrès internat. de méd. 1900, section de laryngol., Masson, Paris, 1901; anal. *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 36, 8 sept. 1900).

Gidiousen. — Du traitement de la tuberculose chronique des poumons et du larynx (*Deuts. Archiv. f. klin. Med.*, Band LXIX, Hefte 3 et 4).

Glaser. — Deux cas d'extirpation partielle du larynx *(Zwei Fälle von Halbseitiger Kehlkopfextirpation)* (Dissert. de Freibourg, 1901).

Goris. — Résultats éloignés et immédiats de la thyrotomie (XIIIe Congrès internat. de méd. 1900, section de laryngol., Masson, Paris, 1901 : anal. *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 35, 1er sept. 1900).

Gros (Hans). — Sur un cas insolite de sténose trachéale *(Ueber einen seltenen Fall von Trachealstenose)* (Dissert. Erlangen, 1900).

Haddon (John). — Les affections de la gorge dans la rougeole (*British med. Journ.*, Londres, 8 juin 1901).

Horne (Jobson). — Les ventricules du larynx comme réceptacle du bacille de la diphtérie (*The Journ. of laryngol.*, Londres, n° 6, juin 1901).

Kayser (Richard) (Breslau). — Corps étranger du larynx (*Monats. f. Ohrenheilk.*, n° 4, p. 162-163, Berlin, avril 1901).

Kayser (Richard) (Breslau). — Mouvements anormaux (parakynésie) de l'épiglotte (*Monats. f. Ohrenheilk.*, n° 4, p. 162, Berlin, avril 1901).

Kayser (Richard) (Breslau). — Abcès du sinus pyriforme (*Monats. f. Ohrenheilk.*, n° 4, p. 160, Berlin, avril 1901).

Kayser (Richard) (Breslau). — Tuberculose laryngée chez un enfant (*Monats. f. Ohrenheilk.*, n° 4, p. 160-161, Berlin, avril 1901).

Kayser (Richard) (Breslau). — Papillome du larynx; rétrocession spontanée (*Monats. f. Ohrenheilk.*, n° 4, p. 161, Berlin, avril 1901).

Kayser (Richard) (Breslau). — Carcinome du larynx (*Monats. f. Ohrenheilk.*, n° 4. Berlin, avril 1901).

Kayser (Richard) (Breslau). — Aphasie congénitale (*Monats. f. Ohrenheilk.*, n° 4, p. 169, Berlin, avril 1901).

Kiaer (Gottlieb) (Copenhague). — Tumeur gommeuse du larynx chez un enfant de six ans, due à une syphilis héréditaire latente (*The Laryngoscope,* vol. X, nº 4, Saint-Louis, avril 1901).

Kiaer (Gottlieb) (Copenhague). — Corps étranger (dent) du larynx chez un enfant de cinq ans (*The Laryngoscope,* vol. X, nº 5, Saint-Louis, mai 1901).

Kiaer (Gottlieb) (Copenhague). — Tuberculose laryngée chez un enfant de cinq ans (*The Laryngoscope,* vol. X, nº 5, Saint-Louis, mai 1901).

Knöspel (L.). — De la difficulté de décanulement après trachéotomie (*Prager med. Wochens.*, nºs 23 et 24, 1901).

Krause (Hermann). — Sur les nodules vocaux (XIIIe Congrès intern. de méd. 1900, section de laryngol., Masson, Paris, 1901 ; anal. *in Rev. hebdom. de laryngol.,* nº 36, 8 sept. 1900).

Kuttner et **Katzenstein** (Berlin). — Du muscle crico-aryténoïdien (*Monats. f. Ohrenheilk.*, nº 5, Berlin, mai 1901).

Lake (Richard). — Phtisie laryngée *(Laryngeal phtisis or consumption of the throat)* (avec 36 gravures, London, Rebman, Limited, 1901).

Langwill (Graham). — Traitement du bégaiement (*British med. Journ.*, Londres, 20 juillet 1901).

Laval. — Les corps étrangers alimentaires volumineux du pharynx laryngien (*Bull. méd.*, nº 52, 3 juillet 1901.)

Lavrand (Lille). — Deux cas de laryngofissure (*Journ. des sciences méd. de Lille*, nº 25, 22 juin 1901).

Lefferts (George). — La laryngite aiguë (*New-York med. News,* 28 décembre 1900).

Lermoyez. — Paralysie du spinal en deçà de l'origine de la branche anastomotique vago-spinale (Soc. méd. des hôpit., séance du 12 juillet 1901, *in Bull. méd.*, nº 55, Paris, 13 juillet 1901).

Lublinski (Berlin). — Existe-t-il une paralysie isolée du muscle crico-thyroïdien? (*Münch. med. Wochens.*, nº 26, 25 juin 1901).

Magnan. — Sur un cas de trachéocèle (*Touraine méd.*, nº 7, 1901).

Masini (G.). — Corps étranger dans la trachée et la bronche gauche. Trachéotomie; radioscopie (*Gazz. degli ospedali*, 6 janv. 1901).

Mehnert (Halle). — Des altérations topographiques apportées par l'âge à l'appareil respiratoire *(Ueber topographische Altersveranderungen des Athmungsapparates und ihre mecanischen Verknupfungen der Leiche und am Lebendenuntersucht,* in-16, 151 p., avec 8 planches et 23 figures dans le texte. Iena, G. Fischer, 1901).

Ménétrier. — Laryngite suppurée (Soc. méd. des hôpit., séance du 12 juillet 1901, *in Bull. méd.*, nº 55, Paris, 13 juillet 1901).

Mesnard. — Traitement par la suture des plaies par instrument tranchant du conduit laryngo-trachéal (Thèse de Paris, 1901).

Most (Breslau). — De l'appareil lymphatique du larynx et de la trachée et de ses rapports avec l'extension des processus morbides (*Deuts. Zeitung f. Chir.*, Band LVII, 1900).

Pléniazek. — Remarques sur le traitement des rétrécissements membranoïdes de la trachée (XIIIe Congrès internat. de méd. 1900, section de laryngol., Masson, Paris, 1901; anal. *in Rev. hebdom. de laryngol.*, nº 35, 1er sept. 1900).

Pléniazek (Krakow). — Des atrésies des voies respiratoires *(Die Verengerungen der Luftwege)* (Vienne, Franz Deuticke, 1901).

Quinlan (Francis). — Cancer de la paroi postérieure du larynx ayant envahi l'œsophage (New-York County méd. Assoc., séance du 20 mai 1901, *in Med. Record.*, 6 juillet 1901).

Rhodes (John Edwin) (Chicago). — Cas intéressant de paralysie laryngée dans un cas d'ataxie locomotrice (*Journ of the Amer. med. Assoc.*, Chicago, 22 juin 1901).

Saint-Clair Thomson. — Infection tuberculeuse par les voies respiratoires (*The Practitioner,* vol. LXVII, nº 1, juillet 1901).

Scheidler (Friedrich). — Contribution à l'étude de la périchondrite du larynx *(Zur Kenntniss der Perichondritis Laryngea)* (Dissert. Kiel, 1901).

Scheier (Max). — De l'architecture du larynx ossifié (XIII[e] Congrès internat. de méd. 1900, section de laryngol., Masson, Paris, 1901).

Schmidt (Franz) (Bochum i W.). — Contribution au diagnostic précoce de la fièvre typhoïde à l'aide de l'examen laryngoscopique (*Monats. f. Ohrenheilk.*, n° 4, Berlin, avril 1901).

Schrötter (Vienne). — Étiologie et traitement des sténoses profondes des voies respiratoires (*Deuts. Med. Wochens.*, n° 28, Berlin, 11 juill. 1901).

Schrötter (Leopold). — Des corps étrangers des voies respiratoires *(Zur Casuistik der Fremd-Korper in den Luftwegen)* (Stuttgart, F. Enke, 1901).

Strumdorf (Arnold). — Leucémie mycologène splénique accompagnée de tuberculose pulmonaire, laryngée et pharyngée (The New-York Acad. of med., séance du 21 mai 1901, *in Med. Record*, 6 juillet 1901).

Thomas (John). — Un cas de laryngite catarrhale aiguë, chez un enfant de quatre ans accompagnée d'un spasme intense et prolongé du larynx (*Cleveland Journ. of med.*, nov. 1900).

Trautmann. — Nouveau miroir laryngé stérilisable (*Münch. med. Wochens.*, n° 25, 18 juin 1901).

Transactions of the twenty-second annual meeting of the american laryngological Association, held in the city of Washington, may, 1, 2 and 3, 1900 (Carey Printing, New York, 1901).

Urunuela. — Indications et technique de la thyrotomie (XIII[e] Congrès internat. de méd. 1900, section de laryngol., Masson, Paris, 1901; anal. *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 35, 1[er] sept. 1900).

Vargas (Alfredo Rodriguez). — Abcès laryngé; intubation; guérison. Paralysie abductrice post diphtérique; diagnostic par la laryngoscopie forcée d'Escat; guérison (*Bolett. de laringol.*, n° 4, Madrid, juillet-août 1901).

Vedova (Della) et Cagnola. — Laryngite chronique hypertrophique chez les enfants (*Ann. di laringol.*, fasc. 1, janv. 1901).

Oreilles.

Amberg (E.). — Hygiène de l'oreille (*Philadelphia med. Journ.*, 15 déc. 1900).

Caro (W.). — Du traitement chirurgical des lésions mastoïdiennes et de leurs complications (*Archiv f. Kinderheilk.*, XXX).

Castex. — Surdités toxiques (XIII[e] Congrès internat. de méd. 1900, section d'otol., Masson, Paris, 1901).

Collinet. — Sur le diagnostic des complications cérébrales dans les infections otiques (XIII[e] Congrès internat. de méd. 1900, section d'otol., Masson, Paris, 1901; anal. *in Rev. hébdom. de laryngol.*, n° 34, 25 août 1900).

Courtade. — Deux cas de perforation spontanée de l'apophyse dans le conduit (XIII[e] Congrès internat. de méd. 1900, section d'otol., Masson, Paris, 1901).

Dombrowski. — Un cas de tumeur chondromateuse des lobules des deux oreilles consécutive au port de boucles d'oreille. (*Ejenedelnik*, n° 15, Saint-Pétersbourg, 14 avril 1901).

Eitelberg (A.). — Traitement médicamenteux et opératoire de l'otite moyenne purulente chronique (*Wiener med. Presse*, 23 et 30 déc. 1900).

Goris. — Contribution à la technique de la cure chirurgicale de l'otorrhée chronique (*Journ. de chir. et Ann. de la Soc. belge de chir.*, n° 4, Bruxelles, avril-mai 1901).

Grossard. — Hémorragies auriculaires doubles à répétition chez une femme de 63 ans (XIII[e] Congrès internat. de méd. 1900, section d'otol., Masson, Paris, 1901; anal. *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 34, 25 août 1900).

Herzfeld. — Myringotome automatique (XIII[e] Congrès internat. de méd. 1900, section d'otol., Masson, Paris, 1901).

Hyin (P. V.). — Inflammation kystique et hemorragique du conduit auditif externe (*Chirourguia*, vol. VIII, p. 419-422, Moscou, 1900).

Jacques. — Sur la fine innervation de la membrane du tympan (XIII[e] Congrès intern. de méd. 1900, Masson, Paris, 1901; anal. *in. Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 33, 18 août 1900).

Kœnig. — La cocaïnisation des canaux semi-circulaires (XIII[e] Congrès internat. de méd. 1900, section d'otol., Masson, Paris, 1901).

Larkin (Charles). — Un cas de fracture de la fosse antérieure du crâne suivie de rhinorrhée cérébro-spinale (hydrorrhée nasale) (*Liverpool med. chir. Journ.*, vol. XX, juillet 1900).

Laurens. — Ostéite cranienne diffuse avec thrombo-phlébite des veines du diploé d'origine otique (XIII[e] Congrès internat. de méd. 1900, section d'otol., Masson, Paris, 1901; anal. *in. Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 34, 25 août 1900).

Mader. — Études microscopiques sur la partie de l'oreille humaine transmettant les sons (XIII[e] Congrès internat. de méd. 1900, section d'otol., Masson, Paris, 1901; anal. *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 34, 25 août 1900).

Maison et **Masure**. — Otite moyenne aiguë suppurée; évacuation du pus par la trompe d'Eustache, sans perforation du tympan (*Archiv. de méd. et de pharm. milit.*, avril 1901).

Malherbe, Beaudry, Beal et **Barbe.** — Traitement des maladies des oreilles, du nez, du larynx et du pharynx; des yeux; de la bouche et des dents; de la peau (Collection des *Manuels de thérapeutique*, Vigot frères, Paris, 1901).

Malherbe. — Résultats obtenus dans 60 cas d'otite moyenne chronique sèche par l'évidement pétro-mastoïdien (XIII[e] Congrès internat. de méd. 1900, section d'otol., Masson, Paris, 1901; anal. *in Rev. hebdom. de laryngol*, n° 34, 25 août 1900).

Marichelle et **Dufo de Germane.** — Enseignement auriculaire dans les écoles de sourds-muets (XIII[e] Congrès internat. de méd. 1900, section d'otol., Masson, Paris, 1901; anal. *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 34, 25 août 1900.

Menière. — De la mastoïdite chez l'enfant (XIII[e] Congrès internat. de méd. 1900, section d'otol., Masson, Paris, 1901).

Miot. — Considérations sur l'otite moyenne sèche (XIII[e] Congrès internat. de méd. 1900, section d'otol., Masson, Paris, 1901; anal, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 34, 25 août 1900).

Parmentier. — L'oreille moyenne dans les maladies infectieuses (*Le Progrès méd. belge*, Bruxelles, n° 5, 1901).

Poli. — Indications et résultats de 40 opérations radicales dans l'otite moyenne purulente chronique (XIII[e] Congrès internat. de méd. 1900, section d'otol., Masson, Paris, 1901; anal. *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 35, 1[er] septembre 1900).

Panzer. — Sur l'anatomie de la tympanite aiguë (XIII[e] Congrès internat. de méd. 1900, section d'otol., Masson, Paris, 1901; anal. *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 33, 18 août 1900.

Raoult. — Les fistules paratympanales et de l'évidement pétro-mastoïdien spontané dans les otites moyennes suppurées (XIII[e] Congrès internat. de méd. 1900, section d'otol., Masson, Paris, 1901; anal. *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 34, 25 août 1900).

Schwendt. — Limites extrêmes de la perception des sons aigus (XIII[e] Congrès internat. de méd., 1900, section d'otol., Masson, Paris, 1901).

Schwendt. — Examen clinique et acoustique de 60 sourds-muets (XIII[e] Congrès internat. de méd. 1900, section d'otol., Masson, Paris, 1901).

Srage (S.). — Corps étranger de l'oreille externe (*Srpski arch. za Celok-Lek. Beograd*, VI, 1900, 229-232).

Stanculéanu et **Baup.** — Sur quelques formes d'infection à point de départ auriculaire (XIII[e] Congrès internat. de méd. 1900, section d'otol., Masson, Paris, 1901; anal. *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 34, 25 août 1900).

Suarez de Mendoza. — Sur les bons effets du massage tympanique manométriquement constatés par le malade dans le traitement de la surdité et des bourdonnements consécutifs à la sclérose de l'oreille moyenne (XIII[e] Congrès internat. de méd. 1900, section d'otol., Masson, Paris, 1901; anal. *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 34, 25 août 1900).

Swentsitski (V. A.). — Périchondrite chronique du pavillon de l'oreille (*Chirourguia*, vol. VIII, p. 423, Moscou, 1900).

Croup et Diphtérie.

Aronson. — Biologie et chimie du bacille diphtérique (*Archiv f. Kinderheilk.*, XXX).

Barker (Shirmer). — Relation sur l'emploi de la sérothérapie préparée par la ville de Saint-Louis (*Saint-Louis Courrier of med.*, juin 1900).

Chemey (Fitch. W.) (San Francisco). — Les conséquences de la diphtérie (*Occidental med. Times*, mars 1901).

Delbecq. — Relation d'une épidémie de diphtérie aux Huttes de Gravelines (*Écho méd. du Nord*, n° 24, Lille, 16 juin 1901).

Downing (W. L.) et **Moulton (Iowa).** — Le traitement de la diphtérie (*Saint-Louis med. Rev.*, avril 20, 1901).

Dupaquier. — Scarlatine et diphtérie (*New-Orleans med. and surg. Journ.*, juin 1901).

Evans (G. H.) (San Francisco). — Le traitement spécifique de la diphtérie (*Occidental med. Times*, mars 1901).

Goebel. — La trachéotomie et le sérum antidiphtérique de Behring (*Tracheotomie und von Behring'scher Diphterieserum*) (Dissert de Bonne, 1901).

Griffith (Crozier). — Le traitement de la diphtérie autrement que par l'antitoxine (*Saint-Louis med. and surg. Journ.*, juillet 1901).

Hake (Wm. I.). — Expérience intéressante dans l'emploi de la sérothérapie (*Med. Progress*, juillet 1900).

Kellogg (W. H.) (San Francisco). — Diagnostic bactériologique de la diphtérie (*Occidental med. Times*, mars 1901).

Naegel. — De la toxine diphtérique, sa constitution et son action (*Ueber das Diphteriegift, seine Konstitution, Herstellung und Virkung*) (Dissert. de Marbourg, 1901).

Nicolle. — La diphtérie (*Rev. méd. de Normandie*, n° 10, Rouen, 25 mai 1901).

Petty (C. N.) (Altamont, Kan.). — La diphtérie et le croup membraneux (*Vestern med. Journ.*, avril 1901).

Rogers (John.). — Sténose post-diphtérique du larynx. Rétention des instruments d'intubation et de la canule trachéale (*Ann. of surg.*, mai 1900; et *med. News*, 19 mai 1900).

Rosenthal (Edwin). — L'antitoxine de la diphtérie (*Indiana med. Journ.*, mars 1901).

Variot. — A propos des injections préventives de sérum antidiphtérique (*Tribune méd.*, n° 25, Paris, 19 juin 1901).

Weissenberger (Adèle) (Bâle). — La sérothérapie de la diphtérie et l'intubation à l'Hôpital des Enfants de Bâle (*Jahrbuch f. Kinderheilk.*, Band LII, Hefte 2 et 3, 1901).

Varia.

Albrecht et **Ghon.** — Contribution à l'étude de la morphologie et de la pathologie du bacille de l'influenza (*Zeits. f. Heilk*, XXII, 1).

Arcoleo. — Contribution clinique et expérimentale à l'étude de la tuberculose de la glande sous-maxillaire (*Il Morgagni*, sept. 1900).

Armeilla. — Le goitre lingual. Étude clinique et traitement (Thèse de Lyon, 1900).

Bates. — L'emploi de l'extrait aqueux de la capsule surrénale comme hémostatique (*Med. Record*, 9 févr. 1901).

Bayle. — Actinomycose cervico-faciale gauche, forme temporo-maxillaire (*Gaz. des hôpit.*, n° 73, 27 juin 1901).

Beneck. — Contribution à la pathologie de l'œsophage (*Deuts. Aerzte Zeit.*, 12, 1901).

Bourneville, Laurens et **Dionis du Séjour.** — Corps étrangers de l'œsophage (*Progrès méd.*, n° 26, Paris, 29 juin 1901).

Capello (P.-J.). — Contribution à l'étude du lupus érythémateux des muqueuses (Thèse de Paris, 1901).

Chapellier. — Étude de la glande thyroïde, de la thyroïdine et de la médication thyroïdienne (*Gaz. des hôpit.*, n° 83, Paris, 20 juillet 1901).

Coleman (Warren). — Parotidite double comme complication d'une pneumonie lobaire (*Philadelphia med. Journ*, 21 avril 1900).

Colleville. — Malformation congénitale de l'œsophage (*Union méd. du Nord-Est*, n° 2, 1901).

Coplin. — Kystes branchiaux et fistules (*The Journ. of laryngol.*, avril 1901).

Desconseillez. — Kystes dermoïdes de la région sus-hyoïdienne (*Journ. des sciences méd. de Lille*, n° 7, 16 fév. 1901).

Downie (Walker). — Quatre cas de lésions locales consécutives à l'absorption d'ammoniaque (*Glasgow med. Journ.*, janv. 1901, anal. *in Journ. of laryngol.*, mai 1901).

Epiphanov. — Hémorragie de la carotide primitive gauche due à une érosion par une ulcération cancéreuse de l'œsophage (*Bolintchnaia Gaz. Botkina*, n° 12, Saint-Pétersbourg, 21 mars 1901).

Ficano. — Angine de Ludwig (*Bollet. delle malatt. dell' orecchio*, n° 7, Florence, juillet 1901).

Filé-Bonazzola. — Un cas très rare d'occlusion complète de l'œsophage (*Gaz. degli ospedali*, Milan, n° 144, 2 déc. 1900).

Gauthier. — Kyste thyroïdien (Soc. des sciences méd. de Lyon, séance du 6 fév. 1901, *in Lyon méd.*, n° 4, 1901).

Gauthier. — Œsophage tuberculeux (Soc. des sciences méd. de Lyon, séance du 30 janv. 1901, *in Lyon méd.*, n° 10, 10 mars 1901).

Glatzel. — Considérations sur le carcinome de la glande thyroïde (*Archiv f. Laryngol.*, Band XI, Heft 3).

Goldee (Rickman). — Thyroïdite aiguë suppurée au cours de la fièvre typhoïde (Clinical Society of London, séance du 24 mai 1901, *in British med. Journ.*, 1er juin 1901).

Gorce. — Contribution à l'étude de l'œsophagisme (Thèse de Paris, 1900).

Grant (Dundas). — Un cas de sarcome de la glande thyroïde; extirpation. Mort (Soc. de laryngol. de Londres, séance du 2 nov. 1900, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 10, 1901).

Gray. — Nouvelles recherches sur l'anesthésie locale dans l'oreille, le nez et la gorge (*Lancet*, 9 mars 1901).

Grégoire. — Physiologie du corps thyroïde (*Presse méd.*, Paris, n° 30, 13 avril 1901).

Grosglik. — Rétrécissement spasmodique de l'œsophage par intoxication urinaire (*New-York med. News*, 19 mai 1900).

Grossart et **Pégot.** — Fistules congénitales d'origine branchiale (*Bull. de laryngol.*, t. IV, n° 2, Paris, 30 juin 1901).

Hellig. — Adénome malin de la glande thyroïde (*Berlin. med. Gesellschaft*, 20 janv. 1901).

Ingelrans et **Druobert.** — Un cas de cancer de la glande thyroïde (*Bull. de la Soc. centrale de méd. du département du Nord*, n° 6, 1901).

Jelgersma. — Actinomycose humain (*Med. Weckblad*, p. 485, 1900).

Jorris. — De l'emploi de l'iodol mentholé dans la pratique laryngo-rhinologique (*Klin. therapeut. Wochens.*, Vienne, 14 avril 1901.)

Kallistrator. — De l'angine de Ludwig (*Wojenno med. Journ.*, 1900).

Knöpfler. — Contribution au carcinome de l'œsophage avec perforation dans l'aorte *(Zur Casuistik der Œsophagus Carcinom mit Perforation in die Aorta)* (Dissert de Munich, 1901).

Koyle (F. H.). — Un cas de tic douloureux (Soc. amér. de laryngol., VI° Congrès annuel, Philadelphie, 31 mai-2 juin 1900, anal. (*in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 6, 9 fév. 1901).

Lavrand. — Un sou dans l'œsophage; radioscopie (*Journ. des sciences méd. de Lille*, n° 14, 6 avril 1901).

Lehner. — Atrésie congénitale de l'œsophage avec fistule trachéo-œsophagienne *(Congenitale Atresie des Œsophagus mit tracheo-œsophageal-fistel)* (Dissert. Munich, 1901).

Léon (Angers). — Rétrécissement spasmodique de l'œsophage d'origine laryngée (*Anjou méd.*, mars 1900).

Miot. — Tumeur du thymus guérie par la thyroïdine (*Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 4, 1901).

Moty. — Kyste dermoïde sus-hyoïdien suppuré (*Écho méd. du Nord*, Lille, n° 7, 17 fév. 1901).

Muhsam. — Du phlegmon ligneux du cou (*Deuts. med. Wochens.*, 31 janvier 1901).

Murphy. — De l'emploi chirurgical de l'extrait de capsule surrénale (*Cincinnati Lancet Clin.*, 7 avril 1900).

Nicholson. — Eclampsie et glande thyroïde (*British med. Journ.*, Londres, 23 juin 1901, p. 1517).

Patel. — Deux goitres cancéreux (*Gaz. des hôpit.*, Paris, n° 42, 1901).

Perrot. — Infection de la glande parotide chez le nouveau-né (Thèse de Paris, 1901).

Pietnikor. — De la photothérapie des muqueuses (*Gaz. Botkina*, n° 19, 1901).

Raw (Nathan). — Œsophagite membraneuse; expulsion d'une moule complète de l'œsophage (*Lancet*, 5 janv. 1901).

Ray. — Corps étranger de l'œsophage (Louisville med. chir. Soc., séance du 15 févr. 1901, *in Amer. Practitioner and News*, 1er avril 1901, p. 270).

Ricard. — Note sur une variété de dégénérescence fibreuse du corps thyroïde (*Gaz. des hôpit.*, n° 76, Paris, 4 juillet 1901).

Richardson. — Cas d'un homme ayant avalé ses bretelles. Œsophagotomie externe. Guérison (*Boston med. and surg. Journ.*, 15 fév. 1900).

Robison. — Parotidite double avec endocardite compliquant une pneumonie lobaire (*Philadelph. med. Journ.*, 26 mai 1900).

Sauter. — Le liquide surrénal en rhinologie (*New-Orleans med. and surg. Journ.*, avril 1901).

Schwabe. — De l'action de l'acide trichloracétique (*Zeits. f. Ohrenheilk.*, Band XXXVIII, Heft 3).

Sebileau et **Lombard.** — Œsophagotomie externe pour corps étrangers de l'œsophage (*Ann. des mal. de l'oreille*, n° 1, 1901).

Spencer. — Cancer de l'œsophage ayant occasionné une paralysie laryngée complète (Soc. de laryngol. de Londres, séance du 2 nov. 1900, (*Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 10, 1901).

Springer (Prague). — Thrombose néoplastique de la veine cave supérieure et du cœur droit consécutive à un sarcome de la glande thyroïde (*Praguer med. Wochens.*, n° 18, 2 mai 1901).

Starck. — Les diverticules de l'œsophage *(Die Divertikel der Speiseröhre)* (in-8°, 206 p., Iéna, 1900).

Starck. — Sarcome de l'œsophage (*Virchow's Archiv*, Band CLXII, Heft 2).

Sterin. — Goitre parenchymateux avec accidents cardiaques (*Journ. des sciences méd. de Lille*, n° 6, 1901).

Suchancek (Zurich). — Ether chloro-méthylo-mentholé comme moyen d'inhalations (*Sammlung Zwangloser Abhandlungen*, n° 4, avril 1901.)

Tixier et **Horand.** — Lipomes sous-maxillaires extra et intra-glandulaires et lipomes de la région sous-maxillaire (*Gaz. des hôpit.*, n°s 21 et 22, 1901).

Toussaint. — Sur le traitement chirurgical de la sous-maxillite calculeuse (Soc. de méd. de Nancy, séance du 27 févr. 1901, *in Rev. méd. de l'Est*, n° 11, Nancy, 1er juin 1901).

Weil et **Pehu.** — Un cas de malformation congénitale de l'œsophage (*Lyon med.*, n° 9, 1901).

Zweig. — Nouvelle méthode de traitement du carcinome de l'œsophage (*Albany med. Ann.*, fév. 1900).

Bordeaux. — Imprimerie G. GOUNOUILHOU, rue Guiraude, 11.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

DE

La REVUE du Dr E. J. MOURE

5 octobre 1901.

Bouche et Pharynx buccal.

Bernex. — Chancre de la lèvre supérieure (Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, séance du 3 juin 1901, *in Journ. de méd. de Bordeaux*, n° 37, 1901).

Busquet. — Troubles cardiaques tardifs consécutifs aux angines (*Bull. méd.*, n° 50, Paris, 27 juillet 1901).

Carpenter (G.) (Chicago). — La gingivite simple; son étiologie et son traitement (*Journ. of the Amer. med. Assoc.*, Chicago, 20 juillet 1901).

Casselberry (W. B.) (Chicago). — Des types de la pharyngite membraneuse (*Journ. of the Amer. med. Assoc.*, Chicago, 20 juillet 1901).

Chappel (W.). — Hémorragie par abcès périamygdalien (*New-York med. Journ.*, 2 mars 1901; anal. *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 32, 1901).

Citelli. — Un cas de fissure du pilier antérieur (*Archiv. ital. di otol.*, vol. XI, fasc. 4, Turin, 20 juillet 1901).

Clevenger (W.) (Indianapolis). — Nouvelle pince coupante pour opérations dans l'espace rétro-nasal (*The Laryngoscope*, vol. XI, n° 1, Saint-Louis, juillet 1901).

Coudret. — De l'extirpation totale de la glande sous-maxillaire dans les cas de calculs salivaires (Thèse de Bordeaux, 1901).

Crauste. — Des divisions congénitales de la langue (Thèse de Bordeaux, 1901).

Davis (Henry). — Membrane bilatérale du pharynx (Soc. de laryngol. de Londres, séance du 4 janv. 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 36, 1901).

Fletcher (H. M.) (Cincinnati). — La langue comme milieu de culture pour bactéries (*Journ. of the Amer. med. Assoc.*, Chicago, 20 juillet 1901).

Foster (Hal). — Relation d'un cas de tumeur maligne de l'amygdale (*The Laryngoscope*, vol. XI, n° 1, Saint-Louis, juillet 1901).

Galippe. — De l'hérédité des anomalies dentaires (Acad. de méd., séance du 23 juillet 1901, *in Bull. méd.*, n° 58, Paris, 24 juillet 1901).

Gibson (Charles). — Angiome caverneux de la langue et de la bouche (*Ann. of surg.*, juillet 1900).

Gray (A. L.) (Richmond). — L'amygdalite au point de vue du praticien général (*Virginia med. semi-monthly*, Richmond, 26 juillet 1901).

Grünfeld. — Les soins de la bouche dans la syphilis (*Centralbl. f. Therap.*, Hefte 7 et 8, 1901.)

Grünwald. — Du diagnostic et du traitement du phlegmon du pharynx (*Münch. med. Wochens.*, n° 30, 23 juillet 1901).

Hardcastle (Hughlett) (Baltimore). — Mycosis amygdalien (*Med. Journ.*, avril 1901).

Hartz. — Suppurations périamygdaliennes (*Détroit med. Journ.*, vol. I, n° 5, août 1901).

Heinlett. — Des tumeurs malignes des amygdales (*Münch. med. Wochens.*, n°s 35 et 36, 1901).

Hoepker (Reichenhall). — Du pemphigus des mu
d'un cas de pemphigus survenu au cours d'une tubercu
Ohrenheilk., n° 6, Berlin, juin 1901).

Johnson (R. Q.) et **Lake (Richard).** — Lupus du
laryngol. de Londres, séance du 4 janv. 1901; *in Rev. hebd*
n° 37, 1901).

Klein. — Cas de syphilis maligne du palais et du bor
danoise d'otol., séance du 23 janv. 1901; *in Rev. hebd*
n° 28, 13 juillet 1901).

Kolopinski (Louis). — L'aspect du voile du palais
(*Med. News*, 1er juin 1901, et *The Monthly Cycloped*
juillet 1901).

Koplik (Henry). — Amygdalite lacunaire aiguë ch
(*Abraham Jacobi Festschrift*, 1900).

Lak (Lambert). — Un cas d'épithélioma de l'amy
glions cervicaux. Opération. Guérison (Soc. de laryn
séance du 4 janv. 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*,

Lannois. — De l'état de l'oreille moyenne dans le
pitales du palais (*Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 33, 17

Lefebvre. — Cancer de la langue; ablation (*Journ.*
de Lille, n° 32, p. 138, 10 août 1901).

Lincoln. — Relation d'un cas de tumeur de l'amy
med. Journ., 27 oct. 1900).

Morelle. — Quatre cas d'épithélioma greffés sur l
méd. belge, n° 34, 25 août 1901).

Moure. — Abcès amygdaliens et périamygdalien. Di
ment (*Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 35, 31 août 1901
n° 68, 1901).

Munco (John). — Cas de stomatites aiguës (*Boston*
Journ., 13 déc. 1900).

Oppenheimer (Seymour). — Un cas d'épithéli
la luette (*Med. Record*, New-York, 10 août 1901).

Oren (S. A.) (Lanark). — Relation d'un cas d'é
envahi les amygdales, les piliers, la langue et la surfac
ment et cure apparente (*Journ. of the Amer. med.*
10 août 1901).

Peillon. — Sur une déglutition d'une grosse épin
n° 33, 1901).

Prota. — Tumeurs malignes de l'amygdale (*Archiv.*
fasc. 8, juillet 1901).

Richards (G.) (Fall River). — Anomalie insolite de
tine (*Journ. of the Amer. med. Assoc.*, Chicago, 27 juil.

Salomon. — Lithiase salivaire (*Progrès méd.*, n° 3
1901).

Schmilinski. — Du diagnostic du diverticule pu
œsophagien (*Deutz. med. Wochens.*, n° 33, Berlin, 15 a

Semon (Félix). — Spasme chronique du palais, d
larynx chez une femme de trente ans (Soc. de laryn
séance du 4 janv. 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*,

Stirling. — Cas de pustule maligne de la lèvre (*N*
and surg. Journ., août 1901).

Strauwen. — Noma guéri par sérum antidiphtérique
méd.-chir. de Brabant, n° 7, 1901).

Tendler (Odessa). — Forme grave d'ostéomyélite se
laire inférieur par suite de périostite d'une racine de
(*Odontologie*, 30 juin 1901; anal. *in Progrès méd. belge*

Thollon (E.) (Toulouse). — Contribution à l'étude
pharyngien dans la syphilis secondaire (*Rev. hebdom. de*
31 août 1901).

Vacher (L.) (Orléans). — De l'ablation extemporanée des amygdales, surtout enchatonnées, chez les jeunes enfants (*Rev. hebdom. de laryngol*, 20 juillet 1901).

Vilanova. — Étude clinique sur la leucoplasie buccale (*Rev. de med. y cir.*, n° 7, Barcelona, 15 juillet 1901).

Wingrave (Wyatt) (Londres). — Rash consécutif à une amygdalotomie (*The Laryngoscope*, vol. XI, n° 1, Saint-Louis, juillet 1901).

Nez, Pharynx nasal et Cavités accessoires.

Ambrosini. — L'aérothermie dans les affections des premières voies respiratoires (*Ann. des mal. de l'oreille*, n° 9, 1901, et *Gaz. degli ospedali*, n° 87, Milan, 21 juillet 1901).

Arrowsmith. — Symptomatologie et influence des végétations adénoïdes sur l'état général (*Brooklyn med. Journ.*, juillet 1900).

Augiéras (Laval). — Sinuso-hydrorrhée maxillaire syphilitique (*Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 26, 29 juin 1901).

Augiéras (Laval). — Hydrorrhée nasale, d'origine parotidienne, consécutive à une opération d'empyème du sinus maxillaire (*Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 26, 29 juin 1901).

Ausset et **Dorion.** — L'amygdalite pharyngée aiguë primitive chez les enfants (*Echo méd. du Nord*, n° 31, Lille, 4 août 1901).

Baker (L. H.) (Bay City). — Des rapports entre les cornets et les affections chroniques du nez (*Journ. of the Amer. med. Assoc.*, Chicago, 20 juillet 1901).

Beaman (Douglas). — Étude de l'application du galvanocautère dans le nez (*Pratique méd.*, n° 6, 15 juin 1901).

Bert (G.). — Traitement des déviations de la cloison nasale (Thèse de Bordeaux, 1901).

Birkett (H. E.). — Kystes dermoïdes du nez (*New-York med. Journ.*, 19 janv. 1901).

Blois (T. A.). — Fractures du nez (Assoc. amér. de laryngol., XXII° Congrès, Washington, mai 1900; anal. *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n°s 31 et 32, 1901; trav. origin. *in New-York med. Journ.*, 27 oct. 1900).

Boylan (J. C.). — Chirurgie des cornets par une nouvelle méthode opératoire (Assoc. amér. de laryngol., Washington, mai 1900, XVII° Congrès; anal. *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 32, 1901; trav. origin. *in New-York med. Journ.*, 9 mars 1901).

Braden Kyle. — Cas insolite d'un corps étranger migrateur (Assoc. amér. de laryngol., XXII° Congrès, Washington; mai 1900, anal. *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 32, 1901; trav. origin. *in New-York med. Journ.*, 19 janv. 1901).

Brindel. — De la pathogénie de l'hydrorrhée nasale dans le coryza spasmodique, avec examen histologique des muqueuses hydrorrhéiques (*Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 21, 25 mai 1901).

Broeckaert (Gand). — Lymphangio-sarcome (endothéliome intra-lymphatique) développé dans un polype de la muqueuse nasale (*Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 24, 15 juin 1901).

Busquet. — Recherches sur la transmission du méningocoque par les voies respiratoires (*Presse méd.*, n° 63, 7 août 1901).

Cagnola. — Considérations sur un cas de carie de la voûte du sinus maxillaire (*Archiv. ital. di otol.*, vol XI, fasc. 4, Turin, 20 juillet 1901).

Calamida. — Polype hémorragique de la cloison nasale (*Archiv. ital. di otol.*, vol. XI, fasc. 4, Turin, 20 juillet 1901).

Capps (C. M.). — Végétations adénoïdes du naso-pharynx (*Southern Pract.*, juillet 1900).

Casselberry. — Affection séreuse de l'antre, avec rel (*The Laryngoscope*, vol. XI, n° 1, Saint-Louis, juillet 1

laryngol., Londres, sept. 1901).

Coble (Carolus). — Des effets des affections catarrh la gorge sur l'état général (*Journ. of the amer. med.* 27 juillet 1901).

Coomes. — Relation de quelques cas cliniques : deu du nez et de la face (*Amer. Pract. and News*, 1er juin 19

Denker (Alfred) (Hagen). — Technique des opérati (*Zeits. f. Ohrenheilk.*, Band XXXIX, Heft 3).

Ely (J.-D.). — Traitement du catarrhe nasal : poly fibreux (*Toledo med. and surg. Reporter*, juillet 1900).

Escat (E.) (Toulouse). — Volumineux chondrome na voies naturelles (*Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 29, 20 ju

Evans (Jameson). — La rhinologie dans ses r maladies des yeux (*Birmingham med. Rev.*, sept. 1901).

Ewing (Fayette). — Un cas de suppuration d'o vingt ans, avec troubles mentaux, guérie par l'ablation de molles (*Interstate med. Journ.*, oct. 1900).

Farlow (J. W.). — Un cas d'ozène d'origine sphé (Assoc. amér. de laryngol., XXII[e] Congrès, Washington *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 32, 1901; trav. origi *med. Journ.*, 29 sept. 1900).

Farrell (P. J.) (Chicago). — L'asthme comme rés nasales (*Journ. of the Amer. med. Assoc.*, Chicago, 27 j

Felix. — Des végétations adénoïdes (*Berlin. Klin.*, anal. *in Deuts. med. Zeit.*, n° 69, 29 août 1901).

Felt (Carl See) (Philadelphia). — Deux cas de rhin *med. Mogaz.*, avril 1901).

Ferguson (A. H.). — Ablation du maxillaire supéri (*Western med. Rev.*, 15 avril 1901).

Fletcher Ingals (Chicago). — De l'empyème du sinu *of the Amer. med. Assoc.*, Chicago, 27 juillet 1901).

Fliess. — Des relations causales entre les affection organes génitaux (*Sammlung Zwangloser Abhandlung* 15 août 1901).

Gaudier (H.) (Lille). — Un cas de sinusite sphénoïdal *de laryngol.*, n° 24, 15 juin 1901).

Gerber (P. H.) (Kœnigsberg). — Atlas des mala cavités accessoires et du naso-pharynx (*Atlas der Krank und ihrer Nebenhöhlen und des Nasenrachenraumes* Berlin, Krager. 1901).

Goodale (J. L.) (Boston). — Œdème aigu de la (*Journ. of the Amer. med. Assoc.*, Chicago, 20 juillet 19

Guyot. — Arrêt de développement du maxillaire su mation du maxillaire inférieur et de la langue (Soc. d'an de Bordeaux, séance du 3 juin 1901, *in Journ. de méd* n° 37, 1901).

Halsted (T. H.) (Syracuse). — Empyème des si ethmoïdal et sphénoïdal droit, avec cécité subite de l'œil tion. Retour de la vue (*Archiv. of otol.*, vol. XXX, n juin 1901).

Halsted. — Anesthésie chez les enfants adénoïdiens tomie, avec considérations spéciales sur le danger du c les enfants à diathèse lymphatique (*Philadelphia med. Jou*

Hamann. — Sarcome à cellules fusiformes du maxi (*Cleveland Journ. of med.*, juillet 1901).

Havilland Hall (de) et **Herbert Tilley.** — Malad la gorge (*Diseases of the nose and throat*) (London, H.

Herschel (Halle). — Des suppurations du sinus maxillaire (Verein der Aerzte in Halle a/S., séance du 5 juin 1901, *in Münch. med. Wochens.*, n° 35, 1901).

Hopkins (F. E.). — Hémorragie secondaire après l'emploi d'extrait de capsule surrénale au cours d'une opération pour exostose de la cloison (XXII° Congrès de l'Assoc. amér. de laryngol., Washington, mai 1900; trav. origin. *in New-York med. Journ.*, 25 août 1900; anal. *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 32, 1901).

Ingersoll (John M.) (Cleveland). — Un cas de grosse rhinolithe (*Cleveland Journ. of med.*, avril 1901).

Jackson (Chevalier) (Pittsburg). — Carcinome primitif du nasopharynx (*Journ. of the Amer. med. Assoc.*, Chicago, 10 août 1901).

Jacobson. — Empyème de nécessité de l'antre d'Highmore (Soc. méd. de Berlin, séance des 10 et 24 juillet 1901, *in Semaine méd.*, n° 33, 1901).

Jacques (P.) (Nancy) et **Bertemès** (Charleville). — Des tumeurs bénignes des sinus de la face, en particulier du papillome du sinus maxillaire (*Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 34, 24 août 1901).

Jousset (A.) (Lille). — Observations sur l'opération d'Asch pour déviation de la partie cartilagineuse de la cloison (*Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 31, 3 août 1901).

Jung (Hugo). — Contribution à l'étude du lymphosarcome de l'amygdale pharyngée *(Zur Casuistik der Lymphosarcome der Rachentonsille)* (Dissert. de Greisswald, 1901).

Jungnickel (Hans). — Des kystes du maxillaire (*Prager med. Wochens.*, n° 35, 1901).

Jurasz (Heidelberg). — Un cas de polype muqueux implanté sur le bourrelet de la trompe (*Monats. f. Ohrenheilk.*, n° 6, Berlin, juin 1901).

King (Gordon) (New-Orleans). — La voie bucco-antrale pour le traitement du tic douloureux (*Philadelphia med. Journ.*, 10 août 1901).

Kingzcote (Ernest). — Le traitement de la fièvre de foins (*Therapeutic Gaz.*, 15 oct. 1900).

Law (Horace) (Dublin). — Des suppurations nasales (*Dublin Journ. of med. science*, 1er août 1901).

Lesieur. — Etude comparée du bacille diphtérique et pseudo-diphtérique du nez et de la gorge (*Province méd.*, n° 31, Lyon, 3 août 1901).

Logan (J. E.). — La rhinite atrophique (Assoc. amér. de laryngol., XXII° Congrès, Washington, mai 1900; anal. *in Rev. hebd. de laryngol.*, n°s 31 et 32, 1901; trav. origin. *in New-York med. Journ.*, 1er sept. 1900).

Malherbe. — Maladies des fosses nasales (*Bull. méd.*, n°s 67 et 71, Paris, 24 août et 7 septembre 1901).

Marschalkö (Klausemberg). — Histologie du rhinosclérome (*Archiv f. Dermatol. und Syphilis.* Bd. LIII et LIV).

Mayer (Emil). — Rhinite membraneuse récidivante, due au bacille de Friedlander, avec relation d'un cas (Assoc. amér. de laryngol., XXII° Congrès, Washington, mai 1900; trav. origin. *in Med. Age*, 25 juill. 1900; anal. *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 31, 1901).

Menier. — Du traitement aérothermique en général et plus particulièrement en rhinologie (Thèse de Bordeaux, 1901).

Mitchell (A. T.) (Vicksburg). — Des altérations des os de la face dues aux végétations adénoïdes (*Journ. of the Amer. med. Assoc.*, Chicago, 27 juillet 1901).

Mitchell (A. T.) (Wicksburg). — La pathologie des végétations adénoïdes chez l'adulte (*Miss. med. Record*, mai 1901).

Montoro de Francesco. — De la curabilité de l'ozène par l'action du streptocoque érysipélateux (*Deuts. med. Zeit.*, n° 61, Berlin, 1er août 1901).

Moure et **Liaras.** — Du mycosis de l'arrière-gorge (pharyngomycose) (*Journ. de méd. de Bordeaux*, n° 33, 1901).

Otte (Amoy, Chine). — Kyste multiloculaire du maxillaire inférieur (*Med. Record*, New-York, 10 août 1901).

Palmer (Worrall). — Affections extra-nasales du nez (*Journ. of ophtalmol. and otol.*, vol. XIII, n° 4, New-York, juillet. 1901).

Passow. — Du traitement chirurgical des rétrécissements du canal lacryno-nasal (*Münch. med. Wochens*, n° 36, 3 sept. 1901).

Payne (Redmond). — Les anomalies du sinus frontal et leurs rapports avec les sinusites chroniques suppurées (*Journ. of the amer. med. Assoc*, Chicago, 27 juill. 1901).

Payson Clark (A. B.). — Cornets moyens bulleux (Assoc. amér. de laryngol., XXII° Congrès, Washington, mai 1900; anal. *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 32, 1901; trav. origin. *in New-York med. Journ.*, 2 oct. 1900).

Ponthière (de). — Pyorrhée buccale symptomatique d'une sinusite maxillaire chronique. Quelques considérations sur le procédé de Caldwell-Luc (*Ann. des mal. de l oreille*, n° 9, 1901).

Putnam (W. G.). — Végétations adénoïdes du naso-pharynx (*Maritime méd. News*, janv. 1901).

Reitter (Carl). — Empyème de l'antre et péritonite aiguë (*Monats. f. Ohrenheilk.*, n° 8, Berlin, août 1901).

Rice (Clarence) (New-York). — De l'importance de la prévention des suppurations chroniques de l'ethmoïde par un prompt traitement local (*The Laryngoscope*, vol. X, n° 6, Saint-Louis, juin 1901).

Robertson (Ch.). — Quelques considérations sur le traitement de la rhinite hypertrophique (*Med. Age*, 25 août 1901).

Rohe (John O.). — Correction des déviations de la cloison nasale (Assoc. amér. de laryngol., XXII° Congrès. Washington, mai 1900; anal. *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 32, 1901; trav. origin. *in New-York med. Journ.*, 13 avril 1901).

Rosa (de). — De la rhinite caséeuse (*Archiv. ital. di otol.*, vol. XI, fasc. 2 et 3, 1901).

Roy (Dunbar) (Atlanta). — Un cas de sarcome du nez (*Journ. of the Amer. med. Assoc.*, Chicago, 10 août 1901).

Rudloff. — L'opération des végétations adénoïdes la tête inclinée et sous anesthésie générale (*Arch. of otol.*, vol. XXX, n° 3, New-York, juin 1901).

Saint-Clair Thomson. — Cas de sinusite maxillaire double, ethmoïdale et frontale. Opération suivie de guérison (Soc. de laryngol. de Londres, séance du 4 janv. 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 36, 1901).

Santi (de). — Polypes récidivants du nez (Soc. de laryngol, de Londres, séance du 4 janv. 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 37, 1901).

Sarremone (Paris). — Observation de névralgie faciale consécutive à du catarrhe nasal chronique (*Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 30, 27 juil. 1901).

Scheppegrell (New-Orleans). — Le nez et la gorge dans leurs rapports avec les affections des organes thoraciques (*New-Orleans med. and surg. Journ.*, août 1901).

Schiff (Vienne). — Relation entre le nez et les organes sexuels de la femme (*La Voix parlée et chantée*, Paris, août 1901).

Schmiegelow (E.). — Rhinite fibrineuse (Soc. danoise d'otol., séance du 23 janv. 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 28, 13 juil. 1901).

Somers (Lewis S.). — L'extrait de capsule surrénale dans la fièvre de foins (*Philadelphia med. Journ.*, 8 déc. 1900).

Suarez de Mendoza. — Un cas de vertige nasal guéri par l'ablation bilatérale d'un copeau de la cloison épaissie (*Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 32, 1901, et *Archiv. de méd. et de chir. spéciales*, n° 7, 1901).

Suarez de Mendoza (Paris). — Sur les applications du courant galvanique au traitement de certaines affections des fosses nasales (*Archiv. de méd. et de chir. spéciales*, n° 9, Paris, sept. 1901).

Sundholm (Albert) (Helsingfors). — Contribution à l'étude des kystes osseux du cornet moyen (*Finska Läkaresällskapets Handlinger*, Band XLII. déc. 1900).

Thompson (J.). — Déformation et vices de développement à la suite de végétations adénoïdes (*Cincinnati Lancet Clinic*, n° 4, 1901, *in Deuts. med. Zeit.*, n° 65, 15 août 1901).

Tilley (Herbert). — Empyème chronique du sinus frontal traité par l'opération radicale de Kuhnt (Soc. de laryngol. de Londres, séance du 4 janv. 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 36, 1901).

Waddington. — Les affections des voies respiratoires supérieures et de l'oreille (*Med. Age*, n° 13, Detroit, 10 juillet 1901).

Wagner. — Angiome kystique du nez (*New-York med. Journ.*, 16 mars 1901).

Weineck (Anvil Paul) (Chicago). — L'épistaxis, ses causes et son traitement (*Med. Standard*, mai 1901).

Wilkinson. — Polypes du nez; pathologie et traitement (*Quarterly med. Journ.*, n° 5, 1901; anal. *in Deuts. med. Zeit.*, n° 65, 15 août 1901).

Larynx et Trachée.

Ardenne (F.) (Bordeaux). — Sur un cas de périchondrite suppurée primitive et externe du cartilage thyroïde (*Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 21, 25 mai 1901).

Arslan. — Hémorragie laryngée (*Archiv. ital. di otol.*, vol. XI, fasc. 4, juillet 1901).

Ball (J.-B.). — Cas de paralysie bilatérale abductrice (Soc. de laryngol. de Londres, séance du 4 janv. 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 37, 1901).

Baratoux. — De l'examen anatomique et physiologique des voies respiratoires (*Pratique méd.*, n° 7, Paris, 15 juill. 1901).

Bates (W. H.) (New-York). — Œdème de la glotte. Affection cardiaque (*Hot Springs med. Journ.*, avril 1901).

Bernheim (Paris). — L'aphasie motrice (*La Parole*, n°s 5, 6 et 7, 1901).

Brain (Laurence). — Corps étranger du larynx. Relation d'un cas (*Maritime med. News*, janv. 1901).

Brown. — Note sur l'emploi du Thuja occidentalis dans l'ablation des papillomes du larynx (*Journ. of the Amer. med. Assoc.*, Chicago, 3 août 1901).

Carrière. — La trachéotomie (*Nord méd.*, Lille, 15 août 1901).

Castaing et Laurens. — Laryngectomie totale pour épithélioma intra-laryngé. Résultats thérapeutiques quinze jours après l'opération (Soc. anatomo-clinique de Toulouse, séance du 20 juillet 1901, *in Écho méd.*, n° 33, 1901).

Charles (Grenoble). — Corps étranger du larynx; sa localisation dans le sinus de Morgagni; extraction par les voies naturelles (*Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 35, 31 août 1901).

Compte rendu de l'Association américaine de laryngologie, XXII° Congrès annuel, tenu à Washington les 1er, 2 et 3 mai 1900 (Anal. *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n°s 31 et 32, 1901).

Compte rendu de la Société de laryngologie de Londres, séance du 4 janvier 1901 (in *Rev. hebdom. de laryngol.*, n°s 36 et 37, 1901).

Connell (J. C.). — Tuberculose laryngée (*Kingston med. Quarterly*, avril 1901).

Delavan (Bryson). — Méthodes de traitement et résultats statistiques du cancer du larynx (Assoc. amér. de laryngol., XXII° Congrès, Washington, mai 1900 (Anal. *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 32, 1901; trav. origin. *in New-York med. Journ.*, 15 sept. 1900).

Duvergey. — Dothiénentérie compliquée d'acci
d'anat. et de physiol. de Bordeaux, *in Journ. de*
n° 33, 1901).

Eve (Paul). — Ablation d'un corps étranger de
Pract., mai 1901).

Freer (Otto) (Chicago). — Le traitement de lary
Amer. med. Assoc., Chicago, 20 juill. 1901).

Garel. — Quelques cas curieux de corps étran
des mal. de l'oreille, n° 8, Paris, août 1901).

Garel (Lyon). — Un cas d'éversion ventriculair
laryngol., n° 37, 1901).

Gibb (Joseph) (Philadelphia). — La laryngite o
de quelques cas (*Journ. of the Amer. med. Assoc.*, (

Glasgow (W. L.). — Accès d'asthme provoqu
larynx (*New-York med. Journ.*, 25 août 1900).

Goldschmidt. — Corps étranger du larynx (*De*
n° 31, 1er août 1901, p. 237).

Goris (Bruxelles). — De l'œsophagorraphie ap
larynx (*Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 25, 22 juin 1

Grosse-Schönepauck. — Ueber die Deckung
vorderen Trachealwand nach Tracheotomie und die
von narbigen Luftröhrenverengerungen (Dissert. de

Hankins (G. J.) (Sidney). — Néoplasme dans
larynx. Suffocation. Trachéotomie. Opération par
lian med. Gaz., 20 août 1900).

Hödlmoser (Vienne). — Sur un cas de phlegm
pharynx à marche foudroyante (*Monats f. Ohren*
juill. 1901).

Jaboulay. — Laryngectomie totale; résultats él
ficiel (Soc. nation. de méd. de Lyon, séance du 22 j
méd., n° 31, 1901).

Jousset (A.) (Lille). — L'examen des voies aérie
les sourds-muets (*Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 35,

Kelson (W. H.). — Tumeur de la corde vocale
de trente-cinq ans (Soc. de laryngol. de Londres, sé
in Rev. hebdom. de laryngol., n° 37, 1901).

Lavrand (H.) (Lille). — Deux cas de laryngo-fi
de laryngol., n° 23, 8 juin 1901).

Lenhardt. — Étude sur la dysphagie dans la
(*Rev. méd. de Normandie*, n° 16, Rouen, 25 août 1

Lermoyez et Laborde. — Paralysie associée
et de la branche externe du nerf spinal droit (*Ann.*
n° 9, 1901).

Levien (Henry). — La toux et son traitement
pulmonaire et laryngée (*Buffalo med. Journ.*, sept.

Lindner. — Contribution à l'étude des corps ét
piratoires (*Beitrag zur Lehre von den Fremdkörp*
tractus) (Dissert. de Gœttingen, 1901).

Lubet-Barbon (Paris). — Œdeme inflammatoi
larynx (*Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 30, 27 juillet

Mackenzie (J. N.). — Diagnostic macroscopiq
raux de traitement du cancer du larynx (*New-York*
1900; *Journ. of laryngol.*, oct. 1900; *Archiv f.*
Heft 3; anal *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 32, 1

Michelson. — Le cerveau et le langage (*La Voi*
Paris, sept. 1901).

Möller (J.). — Cas de paralysie du crico-aryténoi
danoise d'otol., séance du 23 janv. 1901, *in Rev. he*
n° 28, 13 juillet 1901).

Moore (Melbourne, Victoria). — Épithélioma du larynx; laryngectomie d'après Solis-Cohen. Guérison (*Intercolonial med. Journ.*, 20 juillet 1900).

Mosse. — Kyste du larynx (Gesellschaft der Charité Aerzte in Berlin, séance du 18 juillet 1901, *in Deuts. med. Wochens.*, n° 34, Berlin, 22 août 1901).

Mullen (Joseph) (Houston, Texas). — Relation d'un cas d'intubation avec complications (*The Laryngoscope*, vol. X, n° 6, Saint-Louis, juin 1901).

Murray. — Injections trachéales dans le traitement de la tuberculose pulmonaire (Assoc. amér. de laryngol., XVII° Congrès, Washington, mai 1900, anal. *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 32, 1901).

Nizzoli. — L'extension permanente de la tête comme moyen de traitement des fractures sous-cutanées du larynx (*Riforma med.*, 16 août 1901, anal. *in Bull. med.*, n° 68, 28 août 1901).

Nordkist (Stockholm). — Un cas de tabes dorsalis avec symptômes laryngés (*Hygiea*, 1900, p 646).

Oddo (Toulouse). — Paralysie labio-glosso-laryngée apoplectique d'origine bulbaire (*Echo méd. de Toulouse*, n° 37, 1901).

Payson (Clark). — Kyste du larynx (Assoc. amér. de laryngol., XXII° Congrès, Washington, mai 1900, anal. *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 32, 1901).

Pécharde. — Paracentèse de la trachée pour insufflation d'oxygène contre le croup (*Archiv. des mal. des enfants*, sept. 1901).

Potter (Furniss). — Angio-fibrome récidivant des bandes ventriculaires et des cordes vocales (Soc. de laryngol. de Londres, séance du 4 janv. 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 37, 1901).

Raoult (Nancy). — Laryngite striduleuse prolongée, en particulier dans la grippe (*Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 27, 6 juillet 1901).

Ré. — Paralysie ou contracture de la corde vocale droite (*Ann. di laryngol.*, n° 2, Gênes, avril 1901).

Rice (C. C.). — Cas insolite de paralysie partielle des cordes vocales due à l'abus du téléphone (Assoc. amér. de laryngol., XXII° Congrès, Washington, mai 1900, anal. *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 32, 1901, trav. origin. *in New-York med. Journ.*, 15 sept. 1900).

Rideaux. — La laryngite grippale (Thèse de Bordeaux, 1901).

Roaldès (A. B.). — Un cas d'épingle dans le larynx depuis deux ans; extraction par la méthode endolaryngée (Assoc. amér. de laryngol., XXII° Congrès, Washington, mai 1900, anal. *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 32, 1901; trav. origin. *in New-York med. Journ.*, 6 oct. 1900).

Rosenthal et **Weill.** — Injections intra-trachéales vraies et directes, avec ou sans aiguille à demeure (*Union méd. du Nord-Est*, n° 14, Reims, 30 juillet 1901).

Schraga. — Fixation complète des cordes vocales consécutive à un processus syphilitique et simulant une paralysie abductrice (*Monats. f. Ohrenheilk.*, n°8, Berlin, août 1901).

Sciallero (Marco). — Radioscopie des adénopathies de la trachée et des bronches (*Ann. di laringol.*, n° 2, Gênes, avril 1901).

Sewall (Henry). — Des conditions autres que l'anévrysme de l'aorte susceptibles de déterminer les tiraillements de la trachée (*Amer. Journ. of the med. Sciences.*, Philadelphia, août 1901).

Solis-Cohen. — Méthodes chirurgicales du traitement du cancer du larynx (Assoc. amér. de laryngol., XXII° Congrès, Washington, mai 1900, anal. *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 32, 1901; trav. origin. *in New-York med. Journ.*, 25 août 1900).

Sturmdorf. — Leucémie spléno-myélogène avec tuberculose pulmonaire laryngée et pharyngée (*Amer. Journ. of the med. Sciences*, Philadelphia, août 1901).

Suchanck. — Des tuberculomes des voies respiratoires (*Sammlung Zwangloser Abhandlungen*, Band V, n° 7, 15 juillet 1901).

Tauber (B.) (Cincinnati). — La laryngite
scope, vol., X, n° 6, Saint-Louis, juin 1901).

Thomson et **Logan Turner.** — Etiolog
chez l'enfant (*La Parole*, n° 8, aout 1901).

Thrastter (A. B.). — Fibrome du larynx
XII° Congres, Washington, mai 1900. anal. *in*
n° 32, 1901; trav. origin. *in New-York med. J*

Ubertio. — Sur un cas de spasme de la gl
un développement brusque, énorme, d'un gc
de morf (*Ann. di laringol.*, n° 2, Gênes, avril

Watson (Arthur) (Philadelphia). — Un
consécutive à une fracture. Opération, gué
vol. XI, n° 1, Saint-Louis, juillet 1901).

Wood (G. B.). — Hémorragie laryngée
normal (*Canadian Journ. of med. and surg.*,

Zünd-Burguet. — Rectification de la pa
restes auditifs chez un sourd-muet (*La Parole*

Oreilles.

Alexander. — Du développement du c
cessus labyrinthi) (*Archiv f. Ohrenheilk.*, Ba

Allanic. — Du rôle de certains médicam
anesthésiques dans la genèse des troubles laby
1901).

Amberg (Emil) (Detroit). — Modificatior
l'oreille (*Journ. of the Amer. med. Assoc.*, Cl

Andrews (Albert) (Chicago). — L'auscu
toïde (*The Laryngoscope*, vol. X, n° 6, Saint-L

Askissov (J. et **N.).** — Des localisations
facial (*Nevrologuitcheski Viestnik*, t. IX, n° 2

Bachman (A.) (Dayton). — La maladie
cas (*Journ. of the Amer. med. Assoc.*, Chicag

Ballance (Charles). — Le traitement
braux (*Journ. of laryngol.*, n° 7, Londres, jui

Ballenger (William Lincoln). — De
l'ouïe (*Philadelphia med. Journ.*, 18 mai 1901

Bar (L.) (Nice). — Cas de pyohémie otique
thrombo-phlébite apparente du sinus (*Rev. he*
6 juillet 1901).

Barrago-Ciarelli. — Un cas d'otite aigu
ni laryngol., fasc. 1, Gênes, janv. 1901).

Bernard. — Surdité double de cause ce
l'oreille, n° 8, Paris, août 1901).

Biehl. — Contribution à la chirurgie de l'
Ohrenheilk., Band LII, Hefte 1 et 2).

Bing (Albert) (Vienne). — De la condu
rapports avec l'épreuve de l'ouïe à la montre
Ohrenheilk., n° 5, Berlin, mai 1901).

Bissell (Jefferson) (Rochester) — Aff
(*Journ. of ophtalmol. and otol.*, vol. XIII, n°

Bloch (F.). — Trois cas de thrombose sin
otitique, guéris par l'opération de Zaufal (*Pra*
et 21, 1901).

Bouyer (A.) (Cauterets). — Pseudo-vert
mastoïdienne hystérique associés (*Rev. hebo*
13 juillet 1901).

Brandeger (W. P.) (New-York). — Vertige tympanique dû à une obstruction de la trompe d'Eustache (*Archiv. of otol.*, vol. XXX, n° 3, New-York, juin 1901).

Bruce (Herbert). — Abcès temporo-sphénoïdal (*Canadian Pract. and Rev.*, mai 1901).

Bryan (Washington). — Mastoïdite suppurée avec relation de cas. Otite moyenne suppurée double. Mastoïdite suppurée droite. Abcès extra-dural et abcès par propagation du tissu profond du cou, consécutifs à l'influenza (*Journ. of the Amer. med. Assoc.*, Chicago, 11 mai 1901).

Burnett. — Surdité progressive et son traitement par l'ablation de l'enclume (*Philadelphia med. Journ.*, 17 août 1901).

Burnett (Philadelphia). — Arrêt de surdité progressive, de bruits et de bourdonnements d'oreille par incudectomie (*Virginia med. semi-monthly*, Richmond, 21 juin 1901).

Cagnola. — La pourpre rhumatismale comme complication d'infections auriculaires (*Ann. di laringol.*, n° 2, Gênes, avril 1901).

Calamida. — Terminaisons nerveuses de la membrane du tympan (*Archiv. ital. di otol.*, vol. XI, fasc. 3, Turin, mai 1901).

Castex. — Causes de la surdi-mutité (*Bull. de laryngol.*, t. IV, n° 2, Paris, 30 juin 1901).

Castex. — Consultations pour surdité et bruits d'oreille (*Bull. de laryngol.*, t. IV, n° 2, Paris, 30 juin 1901).

Charles (Grenoble). — Cas de menstruation complémentaire de l'oreille moyenne (*Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 37, 1901).

Chavanne (Fleury). — Oreille et hystérie (1 vol. in-16, 320 p., avec 84 diagrammes dans le texte, Paris, J.-B. Baillière et fils, 1901).

Chavanne (F.). — Syndrome otique de l'hystérie (*La Parole*, n° 9, Paris, sept. 1901).

Chavasse. — Contribution au cholestéatome acquis de l'oreille (*Archiv. internat. de laryngol.*, n° 3, Paris, mai-juin 1901).

Chouriguine. — Des réflexes pupillaires dans les excitations auditives par les diapasons (*Rousski Medicinski Viéstnik*, 1° juillet 1901).

Church (B. F.) (Los Angelos). — Inflammation de l'apophyse mastoïde (*Pacific med. Journ.*, avril 1901).

Citelli. — Contribution à l'étude des fractures de la partie antéro-inférieure du conduit auditif (*Archiv. ital. di otol.*, vol. XI, fasc. 2 et 3, Turin, mars-avril 1901).

Citelli. — Note sur une cellule spéciale de l'apophyse mastoïde (*Archiv. ital. di otol.*, vol. XI, fasc. 3, Turin, mai 1901).

Citelli. — Sur une nouvelle pathogénie possible de l'abcès de Bezold et sur l'existence d'un trou para-stylo-mastoïdien (*Archiv. ital. di otol.*, vol. XI, fasc. 4, Turin, 20 juillet 1901).

Clark (Michell). — Cas d'abcès du lobe latéral gauche du cervelet. Evacuation. Remarque sur la méthode opératoire employée (*Bristol med. chir. Journ.*, juin 1901).

Coll y Bofill (Barcelone). — Des relations pathologiques entre l'appareil auditif et la vision (*Semana med.*, Buenos-Aires, 23 mai 1901).

Compte rendu de la Société danoise d'otologie et de laryngologie, séance du 23 janv. 1901 (*in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 28, 13 juillet 1901).

Connal (Glasgow). — Furonculose du conduit auditif externe ayant simulé une périostite mastoïdienne (*British med. Journ.*, Londres, 25 mai 1901).

Crouzillac. — Un cas de labyrinthite syphilitique secondo-tertiaire. Guérison (*Ann. des mal. de l'oreille*, n° 8, Paris, août 1901).

Dempsey. — Surdité consécutive aux oreillons (*British med. Journ.*, Londres, 8 juin 1901).

Dench (Edward) (New-York). — Traitement des mastoïdites (*Journ. of the Amer. med. Assoc.*, Chicago, 27 juillet 1901).

Dhoste (Michaël). — Le signe de Revil
dans l'hémiplégie faciale d'origine centrale (T

Dieulafé. — Anomalies de l'apophyse
Toulouse, séance du 20 juillet 1901, *in Écho*

Dood (Oscar) (Chicago). — Abcès du
cours d'une mastoïdite aiguë (*The Laryng*
Louis, mai 190.).

Donavan. — Otalgie; l'aniline dans la
Sentinal, avril 1901).

Dupuy (Homer) (New-Orleans). — La
locale dans l'oreille (*The Laryngoscope,*
juillet 1901).

Durand. — Sur l'étiologie du sourd-m
n° 2, Gênes, avril 1901).

Falta (M.). — Un cas rare d'abcès mastoï
la parotide (*Monats. f. Ohrenheilk.*, n° 6, Be

Ferreri. — L'oxygène dans le traitement
rées (*Archiv ital. di otol.*, vol. XI, fasc. 4, T

Friedrich (W.) (Kiel). — Revue généra
logie (*Fortschritte der Med.*, n° 24, Berlin, 1

Frutiger (Bâle). — Du rôle fonctionnel
of otol., vol. XXX, n° 3, New-York, juin 190

Gaudier (Lille). — Mastoïdite suppurée
méd. du Nord, n° 25, Lille, 23 juin 1901).

Gavello. — Des complications mastoïdie
otites grippales (*Archiv. ital. di otol.*, vol. XI,

Goerke. — Recherches anatomo-patholo
l'oreille (*Archiv f. Ohrenheilk.*, Band LII, H

Goldsmith (Perry). — Furoncle du con
tion nasale et parésie du voile du palais (*Ca*
surg., lév. 1901).

Grant (Dundas). — Quelques détails sur
d'Eustache (*Journ. of laryngol.*, sept. 1901).

Grosskopff (Wilhelm) (Osnabruck) —
externe (*Die Entzundungen des ausseren G*
Band IV, Heft 6, Iéna, 1901).

Grossmann. — De l'influence de la cure
(*Archiv f. Ohrenheilk.*, Band LII, Hefte 1 et

Grunert. — De la réclame moderne et
(Verein der Aerzte in Halle, séance du 23 ja
Wochens., n° 24, 1901).

Hagedorn. — Mes recherches sur le tra
tions du tympan à l'aide d'acide trichloro-
giser Abhandlungen, Band V, n° 7, 15 juill

Halasz. — Massage pneumatique, hydro-
pneumatique de Lucas (*Ueber den Verthei*
in der Ohrenheilkunde) (*Centralbl. f. The*
sept. 1901).

Hammerschlag. — Affections rhumatis
auditif (*Archiv f. Ohrenheilk.*, Band LII, He

Hegener. — Recherches expérimentales
du massage sur l'appareil de transmission du
Band XXXIX, Heft 4).

Hinsberg (Breslau). — Des maladies des
la muqueuse nasale et du traitement de cette
(*Zeits. f. Ohrenheilk.*, Band XXXIX. Heft 3).

Hölscher. — Un remarquable cas de pyo
d'une otite moyenne suppurée (*Archiv f. O*
1 et 2).

Hölscher (Tubingen). — Deux cas de thrombose latente du sinus sigmoïde consécutive à une suppuration de l'oreille moyenne (*Münch. med. Wochens.*, n° 35, 27 août 1901).

Holzapfel. — Du traitement de la surdi-mutité *(Ueber die Behandlung der Taubstumheit)* (Dissert. de Göttingen, 1901).

Ingersoll (J. M.) (Cleveland). — Corps étranger animé du conduit auditif (*The Laryngoscope*, vol. X, n° 5, Saint-Louis, mai 1901).

Jerosch. — Deux cas d'affection compliquée de l'oreille moyenne (Soc. des connaissances méd. de Kœnigsberg, séance du 3 nov. 1900, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 34, 24 août 1901).

Jousset. — Examen des voies aériennes supérieures chez 83 sourds-muets (*Bull. de laryngol.*, t. IV, n° 2, Paris, 30 juin 1901).

Jurgens (Erwin) (Varsovie). — De la valeur diagnostique de la réaction de Rhodan dans la salive de la bouche au cours de maladies de l'oreille (*Monats. f. Ohrenheilk.*, n° 8, Berlin, août 1901).

Kaufmann (D.) (Vienne). — Des tumeurs bilatérales de l'organe de l'ouïe (*Zeits. f. Ohrenheilk.*, Band XXXIX, Heft 3).

Keller. — Nouvelles recherches anatomo-pathologiques sur la sclérose de l'oreille moyenne (Allgemeine aerztliche Verein zu Kœln, séance du 28 janv. 1901, *in Münch. med. Wochens.*, n° 30, 27 juillet 1901).

Kennan (R. H.). — La paralysie faciale dans la phase précoce des otites suppurées (*Med. Press*, n° 3242, 1901, anal. *in Deuts. med. Zeit.*, n° 69, 29 août 1901).

Kennon (B. R.) (Norfolk Va.). — Otite moyenne suppurée, ses causes; complications et traitement (*Carolina med. Journ.*, fév. 1901).

Kirchner. — Des blessures de l'oreille *(Wurzburger Abhandlungen*, Baud I, Helt 10, 1901).

Kleinschmidt (Chemnitz). — De la transmission du son au labyrinthe par la cavité close du tympan (*Zeits. f. Ohrenheilk.*, Band XXXIX, Heft 3).

Krischke. — Contribution à l'étude des issues mortelles dans les affections otitiques (*Ein Beitrag zur Lehre von den tötlichen Ausgängen bei Ohrerkrankungen)* (Dissert. Breslau, 1901).

Lambotte (M. A.). — Thrombo-phlébite otitique du sinus latéral. Opération de Chipault. Guérison (*Journ. de chir.* et *Ann. de la Soc. belge de chir.*, n° 6, Bruxelles, juin-juillet 1901).

Lannois (M.) (Lyon). — Hystérie grave déterminée par la présence d'une aiguille dans l'oreille (*Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 22, 1er juin 1901).

Lannois. — De l'état de l'oreille moyenne dans les fissures congénitales du palais (*Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 33, 1901).

Lannois et **Chavanne.** — De l'algie mastoïdienne hystérique (*Ann. des mal. de l'oreille*, n° 7, Paris, juillet 1901).

Lapersonne (de) (Lille). — Des paralysies oculaires au cours des otites (*Echo méd. du Nord*, n° 22, Lille, 2 juin 1901).

Lavrand (Lille). — Empyème de la mastoïde. Myosite du sterno-cléido-mastoïdien. Abcès. Guérison (*Journ. des sciences méd. de Lille*, n° 21, 25 mai 1901).

Lenhart (Ch.) (le Havre). — Sur un cas de mastoïdite sans otite (*Rev. hebbom. de laryngol.*, n° 28, 13 juillet 1901).

Lépine. — Tumeur du nerf acoustique (*Lyon méd.*, n° 21, p. 769, 26 mai 1901).

Lermoyez et **Mahu.** — Un procédé simple de fermeture de l'orifice rétro-auriculaire persistant après guérison de l'évidement pétro-mastoïdien (*Ann. des mal. de l'oreille*, n° 6, Paris, juin 1901).

Lester (L.) (Brooklyn). — Corne cutanée de l'oreille (*The Laryngoscope*, vol. X, n° 5, Saint-Louis, mai 1901).

Lewin. — Des rapports cliniques et anatomo-pathologiques de l'oreille dans la diphtérie commune (*Archiv f. Ohrenheilk.*, Band LII, Hefte 3 et 4).

Libotte. — Nouveau traitement des vertigineux de l'oreille (*Bull. de la Soc. franç. d'électrothérapie*, n° 6, juin 1901).

Luc (Paris). — Nouvelle contribution à l'étude de la périostite temporale d'origine auriculaire sans suppuration intra-osseuse (*Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 23, 8 juin 1901).

Mc Kee (Albert) (San Francisco). — Sur quelques cas d'otite moyenne suppurée. Complications et opérations (*The Laryngoscope*, vol. X, n° 5, Saint-Louis, mai 1901).

Malherbe (A.) (Paris). — Abcès profond du cou consécutif à une otite grippale latente (*Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 29, 20 juillet 1901).

Marfan et Armand-Delille. — Paralysie faciale congénitale par agénésie de la portion périphérique du nerf facial avec agénésie de l'oreille (Soc. méd. des hôpitaux, séance du 26 juillet 1901, in *Bull. méd.*, 27 juillet 1901).

Marage. — Le rôle des osselets dans la fonction auditive (*Giorn. ital. di laringol.*, n° 6, Napoli 1901).

Marion. — Trépanation de l'apophyse mastoïde; évidement pétro-mastoïdien (*Semaine méd.*, n° 35, 21 août 1901).

Masini. — Balle de revolver ayant pénétré entre l'apophyse mastoïde et la jugulaire (*Ann. di laringol.*, fasc. 1, Gênes, janvier 1901).

May (Charles). — Une série d'opérations mastoïdiennes (*Med. Record*, New-York, 24 août 1901).

Muhlen (von zur) (Riga). — Du traitement post-opératoire après la cure radicale, sans tamponnement (*Zeits. f. Ohrenheilk.*, Band XXXIX, Heft 4).

Nizzi (Ulisse). — Sur un cas de sarcome du conduit auditif externe (*Bollet. delle mal. dell' orecchio*, n° 9, Florence, sept. 1901).

Nuvoli. — Note sur l'anatomie pathologique de l'oreille (*Archiv. ital. di otol.*, vol. XI, fasc. 3 et 4, Turin, mai et juillet 1901).

Nuvoli. — Sur la théorie de l'audition (*Archiv. ital. di otol.*, vol. XI, fasc. 3, Turin, mai 1901).

Packard (Francis). — Deux cas de suppuration de la parotide avec irruption du pus dans le conduit auditif externe (*Journ. of the Amer. med. Assoc.*, Chicago, 17 août 1901).

Pyle (Edwin) (Jersey City). — Relation de 100 cas d'opérations mastoïdiennes suivies de guérison (*Archiv. of otol.*, vol. XXX, n° 2, New-York, juin 1901).

Radzikh (Moscou). — Un cas de difformité congénitale de l'oreille gauche (*Microtia cum atresia auris congenita*) (*Med. Obozrenié*, t. LV, Moscou, avril 1901).

Radzikh (Moscou). — Un cas d'occlusion complète de la portion osseuse du conduit auditif externe par un diaphragme osseux (*Med. Obozrenié*, t. LV, Moscou, avril 1901).

Randall (Alex.) (Philadelphie). — Note sur 50 opérations pour abcès extra-dural otitique (*University of Pa. med. Bull.*, avril 1901).

Randall (Alex.) (Philadelphie). — Technique du massage pneumatique de l'oreille (*Journ. of the Amer. med. Assoc.*, n° 9, Chicago, 31 août 1901).

Randolph. — Un cas d'ostéome du conduit auditif externe (*Bull. of the Johns Hopkins hospit.*, p. 219, Baltimore, juillet 1901).

Raoult (A.) (Nancy). — Occlusion du méat et des parois du conduit auditif à la suite d'un traumatisme. Réfection du conduit (*Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 30, 27 juillet 1901).

Ray Morisson (Louisville). — Considérations pratiques sur les inflammations suppurées aiguës de l'oreille moyenne et de la mastoïde (*Louisville monthly Journ.*, avril 1901).

Reinhard. — Sur un cas rare de paralysie faciale droite, de sténose du conduit auditif externe et de commotion labyrinthique, consécutifs à une blessure par arme à feu (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, Band LII, Hefte 1 et 2).

Ricard (G.). — Sur un cas d'anomalie sensorielle auditive (*Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 33, 17 août 1901).

Ricker (Detroit). — Le traitement non chirurgical des otites moyennes (*Physician and Surgeon*, mai 1901).

Richards (W. G.). — Un cas d'abcès cérébelleux. Opération. Guérison (*Archiv. of otol.*, vol. XXX, n° 3, New-York, juin 1901).

Richardson (Charles) (Washington). — Du traitement précoce des mastoïdites (*The Laryngoscope*, vol. XI, n° 1, juillet 1901).

Richter. — Des indications de la paracentèse du tympan (Med. Gesells. z. Magdeburg, séance du 23 mai 1901, *in Münch. med. Wochens.*, n° 33, 1901).

Robert. — Abcès du cerveau. Paralysie faciale périphérique consécutive à la carie du rocher (*Gaz. méd. de Picardie*, n° 6, Amiens, juin 1901).

Rohrer (Fritz) (Bâle). — Sur un symptôme de l'hémoglobinurie. Cyanose et gangrène de l'oreille externe (*Zeits. f. Ohrenheilk.*, Band XXXIX, Heft 2, Wiesbaden, juillet 1901).

Roosa (St-John). — Abcès du cerveau consécutif à une suppuration de l'oreille moyenne (*Post-Graduate*, avril 1901).

Sabroux (H. E.). — Exostoses du conduit auditif (Thèse de Bordeaux, 1901).

Santalo (Alberto Ramirez). — Appréciation des divers procédés de cathétérisme de la trompe (*Bolet. de laringol.*, n° 4, Madrid, juillet-août 1901).

Schaefer. — De la transmission intra-cranienne des tons, surtout bas, d'une oreille à l'autre (*Archiv f. Ohrenheilk.*, Band LII, Hefte 3 et 4).

Schmiegelów (Copenhague). — Examen fonctionnel des sourds-muets en Danemark (*Beitrage zu den Funktionsuntersuchungen an Taubstummen in Danemark*) (in-16, 113 pages, Berlin, Hirschwald, 1901).

Schnelle. — Un cas d'infection purulente, avec otite et thrombose sinusienne, ayant débuté par des phénomènes de rhumatisme articulaire (*Deuts. med. Wochens.*, n° 27, Berlin, 4 juillet 1901).

Schwabach (Berlin). — De la valeur thérapeutique du massage vibratoire du tympan (*Zeits. f. Ohrenheilk.*, Band XXXIX, Heft 2, Wiesbaden, juillet 1901).

Sheppard (John). — Trombo-phlébite sinusienne d'origine otique (*Buffalo med. Journ.*, juillet 1901, p. 907-909).

Smith (Mac Cuen) (Philadelphie). — La maladie de Ménière (*Philadelphia med. Journ.*, 17 août 1901).

Sorgo (Joseph) (Vienne). — Étude clinique sur les tumeurs du nerf acoustique, avec remarques sur la symptomatologie et le diagnostic des tumeurs du cervelet (*Monats. f. Ohrenheilk.*, n° 7, Berlin, juillet 1901).

Spilmann (Nancy). — Deux cas d'abcès cérébraux (Soc. de méd. de Nancy, séance du 13 mars 1901, *in Rev. méd. de l'Est*, n° 13, 1er juill. 1901).

Spira (R.) (Cracovie). — De la commotion labyrinthique (*Klin. Vortrage*, Band V, Heft 1, 1901).

Stanculeanu et **Poutre.** — La mort dans les mastoïdites par suppuration des cellules mastoïdiennes postérieures aberrantes (*Presse méd.*, n° 60, Paris, 27 juillet 1901).

Stanculeanu et Nattan-Larrieu. — Méningite cérébro-spinale consécutive à une otite à pneumocoques (*Progrès méd.*, n° 36, Paris, 7 sept. 1901).

Stein (Otto) (Chicago). — Les affections de l'oreille moyenne dans leurs relations avec la cavité cranienne. Relation de cinq cas (*Saint-Louis med. Rev.*, 9 et 16 mars 1901).

Stewart (Thomas). — La valeur de la paracentèse (*Journ. of ophtalmol. and otol.*, vol. XIII, n° 3, mai 1901).

Stewart. — Accroissement rapide d'une exostose de l'oreille (*British med. Journ.*, Londres, 1er juin 1901).

Stucky (Lexington). — Ossiculectomie pour otite moyenne suppurée chronique (*New-York med. Journ.*, 24 mai 1901).

Swain (Henry) (New-Haven). — Un cas de tuberculose de l'oreille avec autopsie (*Archiv of otol.*, vol. XXX, n° 2, New-York, juin 1901).

Thompson. — Mastoïdite à symptômes insolites (*Med. Age*, n° 9, 10 mai 1901, p. 356).

Thomson (William) (Philadelphia). — Les yeux et les oreilles chez les employés de chemin de fer en Amérique (*Philadelphia med. Journ.*, 6 juillet 1901).

Tommasi. — Diphtérie primitive du conduit auditif externe (*Ann. di laringol.*, n° 2, Gênes, avril 1901).

Tonarelli. — Carcinome à cellules cylindriques du conduit auditif externe (*Archiv. ital. di otol.*, vol. XI, fasc 3, Turin, mai 1901).

Torretta. — Contribution à l'étude des psychopathies d'origine auriculaire (*Ann. des mal. de l'oreille*, n° 7, Paris, juillet 1901).

Toubert (I.). — Variété rare de cellulite mastoïdienne aberrante (*Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 32, 1901).

Treitel (Leopolde) (Berlin). — Carcinome de l'oreille (*Archiv. of otol.*, vol. XXX, n° 3, New-York, juin 1901).

Treitel. — Agoraphobie et états analogues dans les affections de l'oreille (*Sammlung zwangloser Abhandlungen*, Band V, n° 8, 15 août 1901).

Uchermann. — Les sourds-muets en Norvège (1 vol., 589 pages, Christiania, Cammermazer, 1901).

Vergnes. — De l'ablation du ganglion de Gasser (Thèse de Bordeaux, 1901).

Wagner (Henry) (San Francisco). — Difformité congénitale des deux pavillons (*The Laryngoscope*, vol. X, n° 6, Saint-Louis, juin 1901).

Watson (William). — Relation d'une série de cas de mastoïdites opérées (*Journ. of eye, ear and throat diseases*, Baltimore, mai-juin 1901).

Wilson (Stacey). — Otite moyenne et pneumonie (*Birmingham med. Rev.*, juillet 1901).

Woods (Hiram) (Baltimore). — Mastoïdite aiguë après disparition et sans récidive de l'inflammation du tympan (*Journ. of the Amer. med. Assoc.*, Chicago, 3 août 1901).

Croup et Diphtérie.

Adler. — Un cas de diphtérie avec expulsion d'une membrane extraordinairement grosse (*Prager med. Wochens.*, n° 34, 1901).

Ballan. — Contribution à l'étude du traitement des paralysies diphtériques par la sérothérapie (Thèse de Bordeaux, 1901).

Bortes (Cleveland). — Deux cas insolites d'intubation pour diphtérie (*Cleveland Journ. of med.*, avril 1901).

Faguet. — Traitement de la diphtérie (*Gaz. hebdom. des sciences méd. de Bordeaux*, n°s 34, 35, 36, 1901).

Finn (Williams). — Diphterie. Étude clinique (*Maritime med. News*, mars 1901).

Gunn (John). — Diphtérie et amygdalite folliculaire aiguë (*Canadian Prach. and Rev.*, mai 1901).

Lewin. — Des rapports cliniques et anatomo-pathologiques de l'appareil auditif dans la diphtérie commune (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, Band LII, Hefte 3 et 4).

Moizard. — Les injections préventives du sérum antidiphtérique (*Journ. de méd. et de chirurg. pratique*, 15 août 1901).

Monturiol. — Contribution à l'étude de la sérothérapie antidiphtérique (*Rev. de med. y cir.*, n° 7, Barcelona, 15 juillet 1901).

Paris. — Imprimerie G. COUSSOTERMOZ, rue Garancière, 11.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

DE

La REVUE du Dr E. J. MOURE

7 décembre 1901.

Bouche et Pharynx buccal.

Abate. — Pharyngite vicariante (*Gazz. med. lombarda*, 13 janv. 1901).

Armstrong. — Extirpation d'une moitié de la langue (*Montreal med. Journ.*, juin 1901).

Baumgarten (E.) (Ofen-Pest). — Pruritis senilis linguae (*Münch. med.. Wochens.*, n° 30, 1901).

Box (Charles). — Un cas d'hémorragie grave du plancher de la bouche et d'epistaxis survenues chez un hémophilique au cours d'une fièvre scarlatine (*The Lancet*, Londres, 21 sept. 1901).

Callet. — Abcès palatin d'origine dentaire (*Gaz. méd. de Picardie*, nos 8, 9, 10, 1901).

Comba. — Kératome volumineux de la langue chez un nouveau-né (*Acad. med.-fis. fiorentina*, IV, 1901).

Cordes (Hermann) (Berlin). — Recherches histologiques sur la pharyngite latérale (*Archiv f. laryngol.*, Band XII, Heft 2, Berlin, 1901).

Cressy (Z.-C.) (Surrey, Angleterre). — Cancer de la bouche traité avec succès par l'excision et l'extirpation (*Ann. of surg.*, août 1901).

Derville (Léon). — Quelques cas de chancres syphilitiques extra-génitaux (chancres des lèvres, de la face, de la langue et du palais) (*Journ. des sciences méd. de Lille*, n° 39, 1901).

Druelle (Maurice). — Chancre syphilitique du voile du palais (*Journ. des mal. cutanées et syphilitiques*, n° 9, Paris, sept. 1901).

Dudley (Wm.) (Brooklyn). — Tumeurs papillomateuses du voile du palais (*The Laryngoscope*, vol. XI, n° 2, Saint-Louis, août 1901).

Fry (Boyce). — Énucléation exsangue des amygdales sous anesthésie locale (*Cleveland Journ. of med.*, févr. 1900).

Godlee. — Poche pharyngée volumineuse enlevée par opération (*The Lancet*, Londres, 18 mai 1901).

Hansen (Copenhague). — Chancre induré de l'amygdale (*Dansk. dermatol. selzkab. Hospitals-Tidende*, p. 473, 1901).

Hayward. — Cas d'épithélioma multiple de la langue chez une femme de vingt-cinq ans (*The Lancet*, Londres, 6 juillet 1901).

Heidingsfeld. — Condylome acuminé de la langue (*Journ. of cutaneous and genito-urinary diseases*, mai 1901).

Hopmann. — Phlegmon unilatéral de la langue (Soc. allemande de laryngo-rhino-otol. de l'Ouest, séance du 21 avril 1901, *in Münch. med. Wochens.*, n° 41, p. 1634, 1901).

Huber. — Un cas d'herpès du pharynx (*Orvos. Lapja*, Budapest, vol. XII, p. 283-286).

Imbert et Icambrau. — Pathogénie des grenouillettes (*Rev. de chirurg.*, nos 8, 10 août 1901).

Jacobson (N.). — Tumeurs malignes de la prostate et des amygdales (*Ann. of surg.*, mars 1901).

Kayser (Breslau). — Démonstration d'un calcul amygdalien (*Verhandlungen der Deuts. Otol. Gesellschaft*, 10e Versammlung, Breslau, 1901).

Kelson. — Les affections des quatre amygdales (Hunterian Soc., séance du 28 mars 1901, *in The Lancet*, Londres, p. 1082, 13 avril 1901).

Kenn (Wm.) (Philadelphia). — Deux cas de ligature de la carotide externe pour hémorragie grave après amygdalotomie et légère opération intra-nasale (*Ann. of surg.*, juillet 1901).

Kœnig (A.). — Adhérences entre le voile du palais et la paroi postérieure du pharynx (*Philadelphia med. Journ.*, 16 févr. 1901).

Koltze (Gottlieb). — Extirpation complète de la langue et du plancher de la bouche (*Philadelphia med. Journ.*, 5 janv. 1901).

Léjars. — Deux cas de rétrécissements syphilitiques du pharynx (Soc. de chir., séance du 13 nov. 1901, *in Bull. méd.*, n° 90, p. 967, 1901).

Liéven (Anton). — Manifestations mercurielles dans la bouche (*Wiener med. Wochens.*, nos 15 et 16, 1901).

Mathenay (Colesburg). — Les fonctions des amygdales et le diagnostic différentiel des affections amygdaliennes (*Med. Record*, 14 sept. 1901).

Meyer. — Sarcome mélanique du pharynx buccal (*Gesellschaft der Charité Aerzte in Berlin*, 27, VI, 1901).

Montenyohl. — Carcinome de l'amygdale (*Intercol. Journ. of surg.*, juillet 1900).

Munger (Carl) (Waterbury). — Les affections du canal de Sténon et leur traitement (*The Laryngoscope*, vol. XI, n° 3, Saint-Louis, sept. 1901).

Murphy (John). — Relation d'un cas de lupus primitif de la langue (*Intersl. med. Journ.*, avril 1900).

Niclot et **Marott.** — L'angine et la stomatite à bacilles fusiformes de Vincent et à spirilles. Recherches cliniques et bactériologiques (*Rev. de méd.*, n° 4, 10 avril 1901).

Parmentier. — Généralités sur les abcès pharyngiens. Observation d'un cas de péri-amygdalite postérieure (*Progrès méd. belge*, n° 17, 1er sept. 1901).

Parmentier. — Bactériologie pathologique du pharynx (*Progrès méd. belge*, n° 19, 1er oct. 1901).

Reddish. — Les amygdales comme porte d'entrée d'infections (*Journ. of ophtalmol. and otol.*, sept. 1901).

Resenkwist. — Quelques cas rares de chancres extra-génitaux (chancres du pharynx et de l'aile du nez) (*Med. Obozrenié*, Moscou, sept. 1901).

Riesmann (David). — Le pouls de la luette dans l'insuffisance aortique (*Amer. med.*, 15 juin 1901).

Roso (G.-G.) (Philadelphia). — L'angine de Ludwig (*Ann. of surg.*, juillet 1901).

Scheibe. — Démonstration d'un bistouri pour l'ablation de brides latérales du pharynx (*Verhandlungen der Deutschen otol. Gesellschaft*, 10e Versammlung, Breslau, 1901).

Syme (G.-A.) (Melbourne). — Sarcome de l'amygdale enlevé par incision externe avec resection temporaire de la mâchoire. Pas de récidive six mois après (*Intercol. med. Journ. of Australasia*, 20 août 1900).

Waxham (J. E.). — Mycosis de la gorge avec relation d'un cas (*Colorado med. Journ.*, décembre 1900).

Nez, Pharynx nasal et Cavités accessoires.

Agaschdanor. — Un cas de lupus du nez, de la joue et des deux lèvres (*Mémoires de la Soc. méd. du Caucase,* n° 15, 1901), *in Deuts. med. Zeitung*, n° 86, 1901).

Alford (Edward) (Chicago). — Un cas de fracture de la voûte du crâne. Méningite au troisième jour. Mort. Autopsie (*Journ. of the Amer. med. Assoc.*, Chicago, 28 sept. 1901).

Alsen (Victor) (Kœnigsberg). — La thérapeutique des empyèmes chroniques du sinus maxillaire, avec description de la méthode opératoire de l'auteur (*Archiv für Laryngol.*, Band XII, Hett 2, Berlin, 1901).

Attias. — De la rhino-pharyngite et amygdalite chronique et de ses conséquences chez les enfants (Thèse de Paris, 1901).

Baker (A. R.). — Un cas de cécité subite après cautérisation du nez (*Cleveland med. Gaz.*, novembre 1900).

Baurowicz (Alexander) (Cracovie). — Un cas de mucocèle du labyrinthe ethmoïdal, avec lésions de la cavité orbitaire (*Archiv f. Laryngol.*, Band XII, Hett 2, Berlin, 1901).

Bleyl. — Un cas d'atrésie choanale congénitale (*Zeits. f. Ohrenheilk.*, Band XL, Heft 1).

Bouroullec. — Contribution à l'étude de l'ozène et de son traitement (Thèse de Paris, 1901).

Boylan. — La chirurgie des cornets, avec une nouvelle méthode opératoire (*Pratique méd.*, n° 8, 15 août 1901).

Brieger (Oskar) (Breslau). — Contribution à la pathologie de l'amygdale pharyngée. I. La génèse de l'hyperplasie de l'amygdale pharyngée (*Archiv f. Laryngol.*, Band XII, Heft 2, Berlin, 1901).

Bronner. — Céphalées d'origine nasale (Leeds and West Riding med.-chir. Soc., séance du 19 avril, *in The Lancet,* 4 mai 1901, p. 1279).

Bronner (Adolph). — Affections de l'antre maxillaire; leurs symptômes, causes et traitement (*The Lancet*, 11 mai 1901).

Bronner. — Tréphine coupante pour l'opération d'éperons et de déviations de la cloison nasale (Soc. laryngol. de Londres, séance du 1er févr. 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 40, 1901).

Bruce. — Excision du maxillaire supérieur pour sarcome (*Canada Lancet,* juillet 1901).

Bryant (D. C.). — De l'importance pathologique des affections des cavités accessoires du nez (*Med. Herald,* juillet 1901).

Cabuche (L.). — Contribution à l'étude des accidents réflexes d'origine nasale (Thèse de Paris, 1901).

Castex. — Les sinusites nasales (*Bull. de laryngol.*, t. IV, 30 sept. 1901).

Chappell (Walter) (New-York). — Considérations sur le diagnostic des végétations adenoïdes chez les enfants (*The Laryngoscope*, vol. XI, n° 3, Saint-Louis, sept. 1901).

Coates (George). — Sur la pathogénie et le traitement des épistaxis profuses chez des personnes âgées (*The Lancet,* Londres, 20 avril 1901).

Cobb (Carolus). — Des états morbides des voies respiratoires supérieures consécutifs à des maladies infectieuses (Mississipi Valley med. Assoc., sept. 1901, *in Med. Record,* 5 oct. 1901).

Cobb (Carolus). — Le catarrhe nasal et la surdité catarrhale peuvent-ils être gueris? (*Med. Record*, 7 sept. 1901).

Collet. — Vertige d'origine nasale (Soc. des sciences séance du 16 oct. 1901, *in Lyon méd.*, n° 44, 1901).

Coolidge. — Asymétrie des cavités nasales (*Amer. Jo sciences*, Philadelphia, nov. 1901).

Cooms. — Empyème de l'antre d'Highmore (*The P News*, 1er août 1901).

Craig (Herbert). — Sarcome de la cloison nasale (. *Journ.*, juin 1901).

Cramton. — Traitement opératoire du nez et de la g *Clinic*, mai 1900).

Davis (H. J.). — Un cas de kyste séreux du cornet plancher du nez (Soc. de laryngol. de Londres, séance d *in Rev hebdom. de laryngol.*, n° 41, 12 oct. 1901).

Denker (Alfred). — La technique d'opérations intra-u *of otol.*, vol. XXX, nos 4 et 5, New-York, août-oct. 190

Desguin (L.). — Acné hypertrophique du nez trait tication thermique (*La Parole*, n° 11, nov. 1901).

Desvaux (Angers). — Hypertrophie de la muque inférieur simulant une tumeur maligne du nez (*Rev. heb gol.*, n° 40, 5 oct. 1901).

Deutschlander (Breslau). — Démonstration de quatre sclérome (*Verhandlungen der Deutschen otol. Gesellscha* Breslau, mai 1901).

Diakonov. — Absence complète de la narine droite du *Dieyatelnosti Khirurg. Kliniki v. Moskv.*, 1899-1900, p. 16).

Diakonov. — Déformation du nez. Deux cas (*Otchot. Khirurg. Kliniki v. Moskv.*, 1899-1900, Moscou, 1901, p. 7

Diakonov. — Chondro-sarcome du maxillaire supéri *Dieyatelnosti Khirurg. Kliniki v. Moskv.*, 1899-1900, 1901, p. 45).

Diakonov. — Sarcome du maxillaire supérieur. Relat (*Otchot. o Dieyatelnosti Khirurg. Kliniki v. Moskv.*, 1899 1901, p. 46-49).

Diakonov. — Cicatrice après opération plastique du *Dieyatelnosti Khirurg. Kliniki v. Moskv.*, 1899-1900, p. 79).

Diakonov. — Affaissement du nez. Huit cas (*Otchot. Khirurg. Kliniki v. Moskv.*, 1899-1900, Moscou, 1901, p. 5

Diakonov. — Destruction de la cloison nasale (*Otch nosti Khirurg. Kliniki v. Moskv.* 1899-1900. Moscou, 190

Donelan. — Un cas de polype du nez avec difformité de laryngol. de Londres, séance du 1er févr. 1901, *in Re laryngol.*, n° 40, 1901).

Douglas (Beaman) (New-York). — Des rapports en ethmoïdales et le sinus sphénoïdal avec considération s la petite aile du sphénoïde (*Monats. f. Ohrenheilk.*, n° 1901).

Dubar (Eugène). — Des ostéomes des fosses nasa Paris, 1900).

Du Castel. — Affection mutilante du nez (Soc franç séance du 7 nov. 1901, *in Bull. méd.*, n° 89, 13 nov. 19

Fein. — De la résection du cornet inférieur (*Berlin. k* n° 18, 1901).

Francis (A.) (Brisbane). — Méthode simple d'enleve naso-pharyngiens (*Australas. med. Gaz.*, 20 juillet 1901

Fränkel (B.). — De l'hyperesthésie de la muqueuse nasale (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 15, 1901).

Freeman (Walter) (Philadelphia). — Le septum nasal (*The Laryngoscope*, vol. XI. n° 4, Saint-Louis, oct. 1901).

Fridenberg (Percy) (New-York). — Corps étranger du nez et de l'oreille (*Med. Record*, 21 sept. 1901).

Furst (Berlin). — De l'anosmie chez les enfants (*Deuts. med. Zeit.*, n° 91, Berlin, 14 nov. 1901).

Gerber (Kœnigsberg). — Atlas des maladies du nez et des cavités accessoires *(Atlas der Krankheiten der Nase, ihrer Nebenhöhlen und des Nasenrachenraumes)* (Livraisons 5, 6 et 7, Berlin, Krager, 1901).

Görke (Max) (Breslau). — Récidive de l'hyperplasie de l'amygdale pharyngée (*Archiv f. Laryngol.*, Band XII, Heft 2, Berlin, 1901).

Grant (Dundas). — Hypertrophie de la lèvre antérieure de l'hiatus semi-lunaire (LXIX° Congrès de l'Assoc. méd. brit., août 1901, *in British med. Journ.*, 28 septembre 1901, et *Journ. of laryngol.*, octobre 1901).

Greenleaf (Clarence) (Rochester). — La valeur thérapeutique des rayons X dans le traitement du lupus vulgaire (*Buffalo med. Journ.*, oct. 1901).

Gross. — Sur un corps étranger du nez (*Münch. med. Wochens.*, n° 40, 1er oct. 1901).

Groyer (F. W.) (New-York). — L'opération du nez en selle (*Ann. of surg.*, août 1901).

Hachisch. — Des corps étrangers des sinus maxillaire et frontal (Dissert., Strasbourg, 1901).

Halasz (H.). — Un cas insolite de fibrome naso-pharyngien (*Wiener med. Wochens.*, n°s 42 et 43, 1901).

Hallopeau. — Traitement de l'ozène par le bleu de méthylène (Acad. de méd., 8 oct. 1901, *in Semaine méd.*, n° 42, 9 oct. 1901).

Harris. — Quelques remarques sur l'écoulement rétro-nasal chronique (*The Post-Graduate*, juillet, 1901).

Heineck. — L'épistaxis, ses causes et son traitement (*Med. Standard*, mai 1901).

Heyman. — Démonstration d'un cas d'ostéome du nez (Berlin. med. Gesellschaft, séances du 16 janv. 1901 et 20 févr. 1901, *in Berlin. klin. Wochens.*, n°s 5 et 10, 1901).

Hinsberg (Breslau). — Les maladies des yeux dans leurs rapports avec la tuberculose de la muqueuse nasale et le traitement de cette dernière par l'acide lactique (*Archiv. of otol.*, vol. XXX, n°s 4 et 5, New-York, août-oct. 1901).

Hopmann. — Un cas de rhinolithe (noyau de cerise) (Soc. allemande de laryngo-rhino-otol. de l'Ouest, séance du 21 avril 1901, *in Münch. med. Wochens.*, n° 41, p. 1634, 1901).

Hopmann. — Abcès rétro-pharyngé chez un adulte (Soc. allemande de laryngo-rhino-otol. de l'Ouest, séance du 21 avril 1901, *in Münch. med. Wochens.*, n° 41, p. 1634, 1901).

Hopmann (Cologne). — Des anomalies de la cavité naso-pharyngienne, d'après deux cas de suppuration nasale, avec névroses réflexes (*Münch. med. Wochens.*, n° 41, 8 oct. 1901).

Jacobsohn. — Un cas d'empyème du sinus maxillaire (*Berlin. med. Gesellschaft*, 24, VII, 1901).

Jarecky (H.). — Rhinosclérome (*Med. News*, 16 mars 1901).

Justi. — De la curette tranchante dans l'ablation de végétations adénoïdes du naso-pharynx (*Wiener med. Wochens*, n° 24, 1901).

Kamm (Max). — Que doit savoir le pratic
(Was muss der praktischer Arzt vom Na
Krankheiten wissen?) (Breslau, Preuss et Yu

Kanasugi. — Un cas de molaire implant
Nip an, Tokio, vol. VII, p. 82-86).

Kelly (Brown) (Glasgow). — Hyperplasie
naso-pharynx (*The Lancet*, Londres, 6 avril 1

Killian (G.). (Freibourg i. Br.). — Thron
tudinal supérieur, consécutive à une sinusit
vol. XXX, nos 4 et 5, New-York, août-oct. 190

Kolbe. — Des kystes du maxillaire supérie
kiefer) (Dissert. Erlangen, 1901).

Kürt (Léopold). — Du traitement nasal
Rundschau, n° 35, 1901, anal. *in Deuts. med*

Kuttner. — De la resection du corne
Wochens., n° 14, 1901).

Lack (Lambert). — Cas de récidive pe
avec suppuration des sinus frontal et ethmoïd
de laryngol. de Londres, séance du 1er févr
laryngol., n° 41, 12 oct. 1901)

Lack (Lambert). — Mucocèle du sinus
Londres, séance du 1er févr. 1901, *in Rev. h*
190).

Lack (Lambert). — Occlusion d'une fo
osseuse (Soc. d laryngol. de Londres, séar
hebdom. de laryngol., n° 45, 9 nov. 1901).

Lafarelle. — Sur deux cas de kystes o
hebdo n. de laryngol., n° 44 3 nov. 1901).

Lalande (L.-B.). — Contribution à l'étud
sinus maxillaire (Thèse de Paris, 1901).

Ligorio. — Abcès rétro-pharyngien aigu c
nal. dell' orecchio, nos 10 et 11, Florence, oc

Lincoln (William). — Fibrome du
(*Amer. Journ. of the med. sciences*, Philade

Lothrop (Howard). — Sinus frontal et e
sinus and ethmoidal cells) (Boston, Mrs. E. L

Lubinski. — La périchondrite aiguë pur
(*Deuts. med. Wochens.*, n° 38, 19 sept. 1901).

Lutz Stephen (Brooklyn). — Une modific
opérations sur la cloison (*The Laryngoscope*
août 1901).

Mackie. — Quelques points pratiques sur
tions nasales (LXIXe Congrès de l'Assoc. méd.
med. Journ, 28 sept. 1901, et *Journ. of Lary*

Mc Kenzie Johnston. — Masse caséeus
adénoïde après son ablation (Soc. de laryng
7 juin 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*,

Maguna (Ch.). — De la voie d'infection n
de Bordeaux 1901).

Marsh (F.), Kelly (A. B.), Parker, Ma
— Discussion sur le traitement de l'obstructi
nasales autres que des polypes muqueux (
méd. brit., août 1901, *in British med. Journ.*,

Milly (L. de) (Orléans). — Fente de la cl
dans le cours de la grippe (*Rev. hebdom. d*
1901).

Mouret (Jules) (Montpellier). — Rapports du sinus frontal avec les cellules ethmoïdales (*Rev. hebd. de laryngol.*, nos 46 et 47, 16 et 23 nov. 1901).

Mygind (Nolger) (Copenhague). — Précis des maladies des voies respiratoires supérieures (*Kurzes Lehrbuch der Krankheiten der Oberen Luftwege*) (1 vol. in-16, 252 p., Berlin, Oscar Coblentz, 1901).

Nadoleszny. — Contribution à l'étude des polypes saignantes de la cloison nasale (*Ann. des mal. de l'oreille*, n° 10, oct. 1901).

Parker (Charles). — Note préliminaire sur la direction de l'air courant dans la respiration nasale (*The Lancet*, Londres, 6 juillet 1901).

Payr. — Technique rhinoplastique (*Deuts. Zeits. f. Chir.*, Band LX, Hefte 1 et 2, juin 1901).

Pearson. — L'abcès rétro-pharyngé aigu chez les enfants (*The Lancet*, Londres, 26 oct. 1901).

Pecq (O. S.) (Denver). — Les obstructions nasales et leur traitement (*The Critique*, 15 sept. 1901).

Pegler. — Cas de déviation extrême de la cloison du côté droit, avec obstruction unilatérale complète (Soc. de laryngol. de Londres, séance du 8 mars 1901 (*in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 42, 19 oct. 1901).

Pelaez. — Le sarcome en rhino-laryngologie (*Bolet. de laringol.*, n° 5, Madrid, sept.-oct. 1901).

Perez (F.). — L'ozène. Bactériologie, étiologie et prophylaxie (Buenos Aires, Coni freres, 1901).

Pierce (Norval) (Chicago). — Du traitement de certaines affections purulentes de l'antre d Highmore par l'orifice naturel (*The Laryngoscope*, vol. XI, n° 3, Saint-Louis, sept. 1901).

Powell (Fitz-Gerald). — Cas de séparation du cartilage du nez (Soc. de laryngol. de Londres, séance du 7 juin 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 47, 1901).

Pyle (Ed. W.). — L'hygiène nasale (*The med. Summary*, janv. 1901).

Robinson (Bentham). — Deux cas de perforations récentes du cartilage de la cloison (Soc. de laryngol. de Londres, séance du 8 mars 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 42, 19 oct. 1901).

Roure (Valence). — Du morcellement des végétations adénoïdes (*Bull. de la Soc. méd.-chir. de la Drôme et de l'Ardèche*, juillet 1901).

Samuel (F. W.). — Sarcome du maxillaire supérieur (*Amer. Practitioner and News*, Louisville, 15 sept. 1901).

Saint-Clair Thomson. — Un cas de suppuration du sinus frontal quatorze mois apres l'opération externe (Soc. de laryngol. de Londres, séance du 7 juin 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 46, 16 novembre 1901).

Sarremone. — Des végétations adénoïdes dans les petits pharynx (*Rev. mensuelle des mal. de l'enfance*, juillet 1901).

Sato (S.). — Remarques sur l'épistaxis (*Dai Nippan*, Tokio, vol. VII, 1901, p. 82-86).

Schadle (Jacob). — Érosions et ulcérations du cartilage triangulaire de la cloison (*Saint-Paul med. Journ.*, avril 1901).

Scheier (Max) (Berlin). — De certaines anomalies des cavités accessoires du nez (*Archiv f. laryngol.*, Band XII, Heft 2, Berlin, 1901).

Semon (Sir Felix). — Deux leçons cliniques sur le traitement local des affections des voies respiratoires supérieures (*British med. Journ.*, London, 2 nov. 1901).

Senator. — De la rhinite fibrineuse (*Fortschrifte der Med.*, n° 21, 1901).

Bleur. — Note relative à l'anatomie
de laryngol., n° 38, 1901).

Somers (Lewis). — De l'emploi
dans la rhinite atrophique (*Therapeut.*

Spencer (Walter). — Un cas d'
d'origine tuberculeuse (Soc. de laryn
1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n°

Spicer (Frederick). — Résorption
la pression exercée par des polypes du
séance du 3 mai 1901, *in Rev. hebdom.*
1901).

Steele (J. S.) (Nonterey, Mexique).
formes occasionnées par un bouton
vol. XI, n° 4, Saint-Louis, oct. 1901).

Stocker et Williams. — Cas de r
med. Journ., Londres, 12 oct. 1901).

Sturmann. — Cornet inférieur d
n° 28, 1901).

Tilley (Herbert). — Cas de supp
marquée de la paroi interne de l'antr
séance du 12 avril 1901, *in Rev. hebd*
1901.)

Tilley (Herbert). — Démonstratio
ration externe sur le sinus frontal (Soc
du 7 juin 1901, *in Rev. hebdom. de lary*

Torrent (Juan) (Buenos Aires). —
hebdom. de laryngol., n° 38, Bordeaux,

Treap (A.). — De l'empyème du s
Empyem der Stirnhöhle) (Thèse de G

Viese. — Recherches sur les déviat
suchungen uber die Verbiegungen
Freiburg, 1901).

Walsham (W. J.). — Note sur l
l'aile du nez (*The Lancet*, 30 mars 1

Walsham. — Un cas de destructio
de laryngol. de Londres, séance du 1
laryngol., n° 44, 2 nov. 1901).

Watson Williams. — Les affecti
rieures : nez, pharynx et larynx *(Di*
tract : nose, pharynx and larynx (Bri

Wingrave (Wyatt) — De certai
végétations adénoïdes (LXIX° Congrès
in British med. Journ., 28 sept. 1901,
1901).

Wingrave (Wyatt). — Des deux
intra-nasal (Soc. de laryngol. de Lond
Rev. hebdom.de laryngol., n° 44, 2 no

Wishart (Gibbi). — La réductio
(*Canadian Practitioner and Review*,

Woodward. — Végétations adénoï
dales (*Med. News*, 23 févr. 1901).

Larynx et Trachée.

Augier. — Technique de l'intubation (Soc. des sciences méd. de Lille, séance du 10 juillet 1901, *in Journ. des sciences méd. de Lille,* n° 44. 1901).

Avellis (Georg) (Francfort-sur-le-Mein). — La physiologie comparée donne-t-elle une réponse à la question des rapports proportionnés entre la façon de chanter et la structure de l'organe chantant? (*Archiv f. Laryngol.*, Band XII, Heft 2, 1901).

Baron (Barclay). — Cas de paralysie de la corde vocale due à un anévrysme de l'aorte thoracique (*Bristol med.-chirurg. Journ.*, sept. 1901).

Biggs (J. F.). — Cure de sang dans la tuberculose laryngée (*Gaillard's med. Journ.*, déc. 1900).

Boyd (Jeffroy). — Un cas de sténose du larynx par papillome (*Canada Lancet,* juillet 1901).

Braine (Laurence). — Corps étranger du larynx (*Marit. med. News*, janv. 1901).

Cisneros. — Extirpation totale du larynx pour carcinome (*Bull. de laryngol.*, t. IV, 30 sept. 1901).

Compte rendu de la Société allemande de laryngo-rhino-otologie de l'Ouest, séance du 21 avril 1901 (*in Münch. med. Wochens.*, n° 41, 1901).

Corbin (T. W.) (Adelaïde). — Corps étranger dans les bronches (*Austral. med. Gaz.*, 20 mai 1901).

Cowgill (W. M.). — Laryngo-trachéite membraneuse (*New-England med. Monthly,* 1er mars 1901).

Currie. — Corps étranger du larynx (*British med. Journ.*, 21 sept. 1901).

Diakonov. — Tuberculose du larynx (*Otchot. Khirurg. Kliniki. v Mosku.*, 1899-1900, p. 111-113, Moscou, 1901).

Dorendorf. — De la paralysie du laryngé supérieur (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 11, 1901).

Douglas (Beaman). — Du traitement des états inflammatoires et ulcéreux du larynx (*Post-Graduate,* juin 1901).

Flatau. — De l'emploi du phonographe dans la pathologie et la thérapeutique de la voix (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 8, 1901).

Frein. — Un cas de diaphragme congénital de la glotte (Gesellschaft der Aerze in Wien, séance du 10 mai 1901, *in Wiener med. Wochens.*, n° 21, 1901).

Fuhrmann. — Un cas de carcinome du larynx et du pharynx. Opération. Guérison (Wissenschaft iche Verein der Aerzte zu Stettin, séance du 6 nov. 1900, *in Berlin. klin. Wochens.*, n° 9, 1901).

Glatzel. — Un cas insolite de laryngite grippale (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 11, 1901).

Gleason (E. B.). — Le nitrate d'argent et les autres sels d'argent dans le traitement des inflammations de la muqueuse des voies respiratoires supérieures (*Therapeutic Gaz.*, 15 mars 1901).

Gleitsmann. — Deux cas de guérison de tuberculose primitive du pharynx et du larynx (*Journ. of tuberculosis,* avril 1901).

Gleitsmann. — Un cas d'épithélioma du larynx (*New-Yorker med. Monats.*, n° 6, 1901).

Goodale (J. L.). — Laryngite chronique chez les enfants (*Ann. of gynecol. and pediatry,* mai 1901).

Grabower. — Les progrès de la médecine par la laryngologie (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 27, 1901).

Guttmann. — Du traitement de la tuberculose par des injections intra-veineuses d'hétole (Land de Krause, du 18 déc. 1899 au 10 avril 1901 (*Be* n° 27, 1901).

Harvey. — Six cas de laryngectomie (*The Lar* 1901).

Hayward (W. T.) (Adélaïde). — Corps étran ratoires (*Austral. med. Gaz.*, 20 mars 1901).

Iwanov. — Sur les centres des mouvements d l'émission de la voix dans l'écorce cérébrale et d corticaux (Thèse de Saint-Pétersbourg, 1900).

Jaboulay. — Extirpation totale du larynx pou organe (Acad. de méd., séance du 22 oct. 1901, *in* 1901).

Jacques. — Tumeur épithéliomateuse du lary méd. de Nancy, séance du 26 juin 1901, *in Rev.* 15 oct. 1901).

Judge Baldwin. — Corps étranger des br Guérison (*The Lancet*, 29 juin 1901).

Jürgens (Erwin) (Varsovie). — Des corps é (*Monats. f. Ohrenheilk.*, n° 9, Berlin, sept. 1901).

Kanasugi (E.). — Un cas de paralysie du mu (*Dai Nippan*, Tokio, VII, p. 183-185, 1901).

Leduc. — De la méthode des aspirations dans l culose laryngée (*Gaz. méd. de Nantes*, n° 3, 16 no

Le Wald. — Ulcère syphilitique du larynx (S Soc., séance du 8 mai 1901, *in Med. Record*, 7 sep

Lubet-Barbon. — Œdème inflammatoire ai (*Memphis med. Monthly*, n° 10, oct. 1901).

Lublinski. — De l'affection du larynx dans l'i *Wochens.*, n° 17, 1901).

Makuen. — Diagnostic et traitement de certain de la parole (*Philadelphia med. Journ.*, 2 fév. 190

Martin (Edward). — Gastrostomie pour soul loureuse dans la tuberculose laryngée (*Therapeut.*

Meyer (Arthur). — Contribution à la patho du larynx (*Virchow's Archiv*, Band CLXIII, 3).

Möller (Jorgen) (Copenhague). — Contributi culature du larynx (*Archiv f. Laryngol.*, Band XII

Monsarrat. — Gomme syphilitique du laryn t. IV, 30 sept. 1901).

Morgan (W. E.). — Sténose de la trachée par *Record.*, juin 1901).

Nardi (Jacopo). — Myxome de la corde vocal *mal. dell' orecchio*, n° 11, 1901).

Nemai (Budapest). — Nouvel instrument pour l' du larynx (*Monats. f. Ohrenheilk.*, n° 9, Berlin, se

Onodi (A.) (Budapest). — Laryngite sous-muq (*Archiv f. Laryngol.*, Band XII, Heft 2, Berlin, 19

Porteous. — Tuberculose laryngée primitive (1er mars 1901).

Réthi (L.). — Maladies du larynx (*Die Krank* (2e éd. in-8°, 152 p., avec fig., Vienne, 1901).

Saint-Clair Thomson. — Principes de traite laryngée (*Journ. of laryngol.*, Londres, oct. 1901, *Journ.*, 14 sept. 1901).

Schmidt. — De la tuberculose du larynx (*Therapie der Gegenwart*, n° 4, 1901, et *Deuts. med. Zeitung*, n° 90, 1901).

Schrotter (von). — Sur une cause insolite de paralysie récurrentielle unilatérale avec une contribution à l'étude de la symptomatologie et du diagnostic de la persistance du trou de Botal (*Zeits. f. klin. Med.*, Band XLIII, Hefte 1 et 2).

Sexton (J. C.). — Trachéotomie pour corps étrangers du larynx (*Indiana med. Journ.*, janv. 1901).

Sommer. — Un cas de maladie de Duchenne. Trachéotomie temporaire. Mort (*Med. Record*, New-York, 5 oct. 1901).

Swift (H.) (Adélaïde). — Un cas de morceau de coquille d'œuf dans le larynx d'un enfant de onze mois (*Austral. med. Gaz.*, 20 juillet 1901).

Tanturri (D.). — Un cas de phlegmon du larynx (*Bollett. delle mal. dell' orecchio*, n° 10, Florence, oct. 1901).

Taylor (Longstreet). — Cas de corps étranger des bronches traité avec succès par des injections intra-trachéales (*Saint-Paul med. Journ.*, janv. 1901).

Tolley. — Corps étrangers des voies respiratoires (*Philadelphia med. Journ.*, 5 janv. 1901).

Valfensberger. — Du traitement chirurgical de la tuberculose laryngée (*Correspondenz-Blatt f. Schweizer Aerzte*, n° 15, 1901).

Veil (Gustav). — Du bégaiement et d'autres troubles de la parole (*Wiener med. Wochens.*, n°s 17, 18 et 19, 1901).

Wagner (Henry) (San Francisco). — Dislocation traumatique de l'aryténoïde gauche (*The Laryngoscope*, vol. XI, n° 2, Saint-Louis, août 1901).

Williams (Watson). — Valeur clinique de l'enrouement chronique et de l'extinction de la voix (*Bristol med.-chir. Journ.*, sept. 1901).

Wishart (Gibb) (Toronto). — Ulcérations post-typhiques et parésie abductrice du larynx. Trachéotomie. Guérison (*Philadelphia med. Journ.*, 7 sept. 1901).

Wolf et **Frietjung.** — Des sténoses des voies respiratoires supérieures (*Allgem. Wiener med. Zeitung*, n° 44, 1901).

Oreilles.

Aitken. — Note sur le traitement de l'otorrhée (*The Lancet*, Londres, 20 avril 1901).

Alt (Vienne). — Contribution à l'étude des troubles auditifs musicaux (*Verhandlungen der Deutschen otol., Gesellschaft*, X° Congrès, Breslau, 1901; Iéna, Fischer, 1901).

Ballance. — Du traitement opératoire des abcès du cerveau d'origine otique (*The Lancet*, Londres, 18 mai 1901).

Bar (Nice). — Pyohémie otitique avec dermato-myosite sans thrombophlébite apparente du sinus (*The med. Bull.*, n° 9, sept. 1901).

Barr (Thomas). — Manuel des maladies de l'oreille, du nez et de la gorge (*Manual of diseases of the ear, including those of the nose and throat in relation to the ear*) (3° édition, Glasgow, James Maclehose, 1901).

Barrago-Ciarella. — La suture de l'accessoire de Willis avec le facial dans la paralysie faciale (*Policlin.* partie chir., VIII, 2).

Barth (Ernst) (Brieg). — Des opérations sur la mastoïde dans les maladies constitutionnelles (*Archiv. of otol.*, vol. XXX, n°s 4 et 5, New-York, août-oct. 1901).

Berthold (Kœnigsberg). — Des bruits entoti
der Deutschen otol. Gesellschaft, X^e^ Congrès, Bres

Biehl (Vienne). — Du trajet du nerf vestibulaire
handlungen der Deutschen otol. Gesellschaft,
mai 1901).

Brieger (Breslau). — Tuberculose primitive du
méningite tuberculeuse (*Verhandlungen der De*
chaft, X^e^ Versammlung, Breslau, 1901).

Brühl (G.) (Berlin). — L'histologie des polyp
of otol., vol. XXX, n^os^ 4 et 5, New-York, août-oct.

Cestan. — Fracture du crâne. Blessure du sin
clin. de Toulouse, séance du 20 sept. 1901, *in E*
louse, 19 oct. 1901).

Chavasse. — A propos de l'otite moyenne (So
13 nov. 1901, *in Bull. med.*, n^o^ 90, 1901, p. 967).

Cohn (**Felix**) (New-York). — De l'opération
suppurées aiguës et chroniques (*Archiv f. Ohrenh*

Collier (**Mayo**). — De la sclérose de l'oreille
son traitement (XIX^e^ Congrès de l'Assoc. méd
British med. Journ., 28 sept. 1901, et *Journ. of la*

Collins (**W. J.**). — Un cas de mastoïdite suppu
trépanation, évacuation du pus, nécrose. Séquestre
Lancet, Londres, 14 sept. 1901).

Connal. — La furonculose du conduit auditif
Journ., juillet 1901, et *in Deuts. med. Zeit.*, n^o^ 81,

Curtis. — Cas d'hémorragie primitive de l'o
Lancet, 17 août 1901).

Denker (**Alfred**) (Hagen). — L'oreille des m
vue phylogénétique (*Verhandlungen der Deutsch*
X^e^ Versammlung, Breslau, 1901).

Diakonov. — Otite moyenne purulente (*Otch*
Moskv., 1899-1900, Moscou, 1901, p. 20).

Diakonov. — Carie de l'apophyse mastoïde.
(*Otchot. o Dieyatelnosti Khirurg. Kliniki v. Mosk*
1901, p. 21-24).

Donnert (Berlin). — Recherches acoustiques
théorie de Helmholz sur la perception des sons (*A*
Band LIII).

Dubois. — Surdité toxique (*Bull. de laryngol*

Dussault. — Abcès sous-périostique de l'apo
méd. de Québec, juin 1901).

Ehrenfried (Berlin). — Du traitement des su
moyenne (*Verhandlungen der Deutschen otol. Ge*
Breslau, mai 1901).

Eulenstein (Frankfort-sur-Mein). — De la t
suppurations du temporal (*Zeits. für Ohrenheilk.*,

Field. — Cas d'affections auriculaires dans l'Afriq
grès de l'Assoc. méd. brit., août 1901, *in British*
1901, et *Journ. of laryngol.*, sept. 1901).

Frederick (**M. W.**) (San Francisco). — Gy
(*Occidental med. Times*, juillet 1901).

Frederick (**M. W.**). — Otite grippale (*San*
Bull., juin 1901).

Görke (Breslau). — Deux cas de fibro-sarcom
handlungen der Deutschen otol. Gesellschaft, X^e^ V
1901).

Görke (Breslau). — De la carie des osselets (*Verhandlungen der Deutschen otol. Gesellschaft*, X^e^ Congrès, Breslau, mai 1901).

Grossmann. — Un cas de cicatrice pulsatile du tympan (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 24, 1901).

Habermann (Graz). — De l'ostéite chronique du temporal (*Verhandlungen der Deutschen otol. Gesellschaft,* X^e^ Congrès, Breslau, mai 1901).

Halasz (Heinrich). — De la commotion du labyrinthe (*Wiener med. Wochens.*, n° 33, 1901).

Hammerschlag. — Symptomatologie de l'hyperesthésie acoustique hystérique (*Monats. f. Ohrenheilk.*, n° 9, Berlin, sept. 1901).

Hartmann (Arthur). — Compte rendu du X^e^ Congrès annuel de la Soc. d'otol. allemande, tenu à Breslau les 24 et 25 mai 1901 *(Verhandlungen der Deutschen otologischen Gesellschaft X^e^ Versammlung in Breslau am 24 und 25 mai 1901)* (Iéna, Gustav Fischer, 1901).

Heermann. — Scarlatine et oreille *(Scharlach und Ohr)* (in-8°, 24 p., Halle, 1901).

Heine. — Un cas d'hémorragie de la carotide interne consécutive à un cholestéatome (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 23, 1901).

Heiman (Theodor) (Varsovie). — Des affections mortelles de l'oreille (*Klin. Vorträge,* Band V, Heft 2, Iéna, 1901).

Hellat. — Des otites moyennes suppurées chroniques (*Vratch,* 37, 1901).

Henchel. — Corps étranger de l'oreille (*The Lancet,* Londres, 4 mai 1901).

Herzfeld (Berlin). — Nouveau trépan pour myringectomie (*Monats. f. Ohrenheilk.*, n° 6, Berlin, juin 1901).

Hinsberg (V.). — Des suppurations du labyrinthe *(Ueber Labyrintheiterungen)* (in-8°, 89 p., Visbaden, Bergmann, 1901).

Holinger (Chicago). — Du diagnostic differentiel entre les affections de la trompe d'Eustache et la spongification du labyrinthe (*The Laryngoscope,* vol. XI, n° 3, Saint-Louis, sept. 1901).

Hölscher. — Abcès du lobe temporal du cerveau consécutif à une otite suppurée chronique, opération, guérison (*Münch. med. Wochens.*, n° 40, 1^er^ oct. 1901).

Ingersoll. — Corps étrangers animés dans le conduit auditif externe (*Cleveland med. Gaz.*, mai 1901).

Jansen (Berlin) et **Briegev** (Breslau). — De l'état actuel de la question de la pyohémie otogène *(Verhandlungen der Deutschen otol. Gesellschaft,* X^e^ Congrès, Breslau, mai 1901, Fischer, Iéna, 1901).

Kayser (Breslau). — Tuberculose du conduit auditif (*Verhandlungen der Deutschen otol. Gesellschaft*, X^e^ Versammlung, Breslau, 1901).

Kellog. — Goutte et rhumatisme de l'oreille (*The Journ. of ophtalmol. and otol.*, sept. 1901).

Lapsley (R. M.). — Otomycosis (*Interstate med. Journ.*, juin 1901).

Lenoir (Olivier). — Contribution à l'étude de l'antrectomie (ouverture de l'antre pétreux), considérée comme but opératoire et comme temps préliminaire des opérations nécessitées par les complications des suppurations mastoïdiennes (*Rev. de chir.*, n^os^ 7, 9 et 10, 1901).

Lewin (Léon). — Des rapports cliniques et anatomo-pathologiques de l'oreille dans la diphtérie (*Archiv f. Ohrenheilk.*, Band LII, Heite 2 et 3, et Band LIII).

Lucae (A.) — L'oto-stroboscope et sa valeur diagnostique (*Archiv f. Ohrenheilk.*, Band LIII).

Lucae. — L'otologie au XIX^e^ siècle (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 19, 1901)

l (Herbert). — Un cas fatal d'hémorragie de
, 10 août 1901).

Bride. — Quelques questions relatives aux
The Lancet, Londres, 18 mai 1901).

erbe. — Abcès profond du cou consécutif à
Bull. de laryngol., t. IV, 30 sept. 1901).

ı (Dresde). — Mucocèle de l'ethmoïde droit (*Ve
en otol. Gesellschaft*, X^e^ Congrès, Breslau, n

tens. — Des complications intra-craniennes a
es suppurées (*Deuts. Zeits. f. Chir.*, Band LIX,

tens. — Des troubles de la parole survenant
ı lobe temporal gauche d'origine otitique (*Deu
(*, Hefte 5 et 6, août 1901).

ıs (Cologne) — Ca cinome myxomateux du
de de laryngo-rhino-otol. de l'Ouest, séance d
med. Wochens., n° 41, 1901, p. 1035).

ryma. — La percussion de l'apophyse masto
ol. VII, 1901, p. 188-201).

la. — Remarques sur la soi-disant mastoïdite
, Tokio, vol. VII, 1901, 119-141).

ıe. — Du vertige (*Klin. therapeut. Wochens.*, n

y (Jackins). — Sur un cas d'abcès temporo-
ne otite moyenne suppurée. Opération. Guér
, 30 mars 1901).

ıps (W. C.). — Indications pour l'opération s
Post-Graduate, août 1901).

ué. — Otite moyenne aiguë suppurée à rechu
ıı ennes à symptômes frustes; interventions
r phlébite du sinus latéral et méningite suppur
, séance du 2 octobre 1901, in *Presse med.*, n

hard (Cologne). — Un cas d'otite moyenne
ıne fracture de la base du crâne (*Monats. f.*
sept. 1901).

i (de). — De l'opportunité de l'extraction des o
e purulente (*Policlin.*, 23 févr. 1901).

la (Francisco) — Sur certains cas rares de
s otique (*Bolet. de laringol.*, n° 5, Madrid, sept.

ibe (Münich). — De l'ostéite de la capsule la
ygen der Deutschen otol. Gesellschaft, X^e^ Con

. (N.) (Chicago). — Mastoïdite consécutive à un
e l'oreille moyenne (*Saint-Paul med. Journ.*,

ers (Lewis). — De l'emploi de l'extrait de
affections de l'oreille moyenne (*Therapeut. G*

oulénanu et Dépoutre. — Étude anatomiqu
upes cellulaires postérieurs de la mastoïde; c
nn. des mal. de l'oreille, n° 10, oct. 1901).

ger. — Des abcès otitiques (*Berlin. klin.*

ıntschitsch (V.). — Traité d'otologie (*Lehr
ie*) (4^e^ ed., in-8°, 594 p. avec fig., Vienne, 1901)

shido. — L'audiométrie (*Bull. de laryngol.*, t.

Voss (Riga). — Des affections de l'oreille dans l'hystérie (*Zeits. f. Ohrenheilk.*, Band XL, Heft 1, 1901).

Ward (N. G.). — Les affections de l'oreille dans leurs rapports avec les maladies générales (*Philadelphia med. Journ.*, 2 févr. 1901).

Waterhouse. — Un cas de pyhémie du sinus latéral et d'abcès cérébelleux avec respiration de Cheyne-Stokes. Guérison (*The Lancet*, London, 30 mars 1901).

Wilson (Stacey). — Otite moyenne et pneumonie (*The med. Rev.*, nº 9, Londres, sept. 1901).

Würdemann. — L'otite moyenne chez les enfants et son traitement (*Philadelphia med. Journ.*, 2 févr. 1901).

Croup et Diphtérie.

Baker (Winter). — Diphtérie laryngée (*The Lancet*, 6 avril 1901).

Basan (Conrad). — Observations sur 40 cas d'intubation dans la diphterie laryngée (*The Lancet*, Londres, 13 juillet 1901).

Behring (E. von). — Diphtérie (in-8º, 185 p. avec fig., Berlin, 1901).

Behring (E. J.). — La diphtérie; nature, étiologie et sérothérapie (*Die Diphteriekrankheit; das Wesen, die Ursache und die Behandlung mit dem Heilserum*), in-8º, 81 p., Vienne, 1901).

Boza (Davilla). — Valeur relative de l'examen bactériologique dans le diagnostic de la diphtérie (*Revista med. de Chile*, Santiago, mai et juin, 1901).

Caron. — Note d'un médecin de campagne sur 12 cas de diphtérie traités par le sérum de Roux (*Écho médical du Nord*, nº 40, 6 oct. 1901).

Carpentier (A.). — Des indications du tubage et de la trachéotomie dans les laryngites diphtériques (Thèse de Paris, 1901).

Denny. — Le bacille diphtérique dans la gorge et le nez d'individus sains (*Boston med. and surg. Journ.*, 22 nov. 1900).

Escherich (Th.) — La diphtérie (*Berlin. klin. Wochens.*, nº 2, 1901).

Fradin. — Infection et épilepsie. La diphtérie chez les épileptiques (Thèse de Paris, 1901).

Haugh (William). — Croup membraneux (*Med. Standard*, mai 1901).

Mallery (G. W.). — La diphtérie et son traitement (*Pacific med. Journ.*, juillet 1901).

Morin. — Diphtérie à forme hémorragique (*Bull. méd. de Québec*, juin 1901).

Mueller. — Un cas rare de diphtérie grave (*Dietskapa med.*, Moscou, nº 5, 1901).

Muller (Erich) (Berlin). — La mortalité par diphtérie en Allemagne (*Münch. med. Wochens.*, nº 42, 15 oct. 1901).

Park. — De la quantité de diphtérie nécessaire dans le traitement de la diphtérie (*Archiv. of pediatrics*, nov. 1900).

Park. — La possibilité d'élimination des effets délétères et de rétention des effets antitoxiques du sérum antidiphtérique (*Archiv. of pediatrics*, nov. 1900).

Rawling. — Note sur la coïncidence simultanée de la diphtérie et de la rougeole (*The Lancet*, Londres, 13 avril 1901).

Sieger (Strasbourg). — L'intubation et la trachéotomie dans la diphtérie depuis la sérothérapie (*Münch. med. Wochens.*, n° 42, 15 octobre 1901).

Spencer. — Diphtérie laryngée primitive (*The Lancet*, Londres, 4 mai 1901).

Steele Dutton. — L'aspect actuel de la sérothérapie de la diphtérie (*Saint-Louis med. and surg. Journ.*, oct. 1901).

Vergely (J.). — Croup sans angine; contagion tardive (*Journ. de méd. de Bordeaux*, n° 45, 10 nov. 1901).

Varia.

Albertin. — Corps étrangers de l'œsophage et œsophagotomie externe (*Province méd.*, n° 30, Lyon, 27 juillet 1901).

Auché et **Chavannaz.** — Étude anatomo-pathologique d'une fistule congénitale du cou (*Journ. de méd. de Bordeaux*, n° 33, 1901).

Bishop (Chicago). — Appareil pour pratiquer des pulvérisations et des insufflations dans l'antre (*Journ. of the Amer. med. Assoc.*, Chicago, 13 juillet 1901).

Cott (O.) (Buffalo). — Extirpation totale de la glande thyroïde (*Journ. of the Amer. med. Assoc.*, Chicago, 20 juillet 1901).

Davis (Henry). — Cas de goitre guéri par l'iodure de potassium (Soc. de laryngol. de Londres, séance du 4 janv. 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 37, 1901).

Davis (Henry). — Cas de tuméfaction de la joue et des paupières (Soc. de laryngol. de Londres, séance du 4 janv. 1901, *in Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 37, 1901).

Delaire. — De la coexistence de rétrécissement et de corps étrangers dans l'œsophage (Thèse de Bordeaux, 1901).

Guyot. — Corps étranger de la région parotidienne (Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, séance du 3 juin 1901, *in Journ. de méd. de Bordeaux*, n° 37, 1901).

Lartigau. — Sarcome de la glande thyroïde (*Amer. Journ. of the med. sciences*, Philadelphia, août 1901).

Le Fort (R.). — Un sou dans l'œsophage. Œsophagotomie externe. Guérison (*Bull. de la Soc. centrale de méd. du département du Nord*, n° 7, 1901).

Leredde. — Les indications de la photothérapie dans le traitement du lupus et des dermatoses limitées de la face (*Presse méd.*, n° 12, 7 sept. 1901).

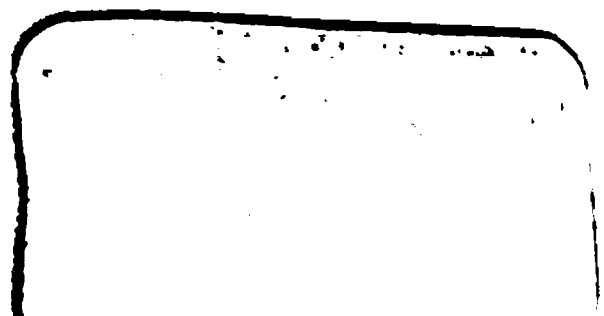
Mackenzie (John) (Baltimore). — L'enseignement de la laryngologie dans les universités et les écoles de médecine des tats-Unis (*Journ. of the Amer. med. Assoc.*, Chicago, 20 juillet 1901).

Maillard. — Carcinome thyroïdien. Thyroïdectomie (*Lyon méd.*, n° 33, p. 227, 1901).

Thévenot. — De la dysphagie après les opérations pour goitres (*Bull. méd.*, n° 72, Paris, 11 sept. 1901).

Wilson (Norton). — Note clinique sur l'adrénaline (*The Laryngoscope*, vol. XI, n° 1, Saint-Louis, juillet 1901).

Bordeaux. — Imprimerie G. GOUNOUILHOU, rue Guiraude, 11.

DEC 6 - 1902

41(
438